



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSÍ, S. L. P.
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12



PROCESO CUIDADO ENFERMERO
"ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTE PSIQUIATRICO CON TRASTORNO
DEPRESIVO MAYOR "

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

MONICA LUCIA VARGAS PONCE

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



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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
DELEGACION SAN LUIS POTOSÍ, S. L. P.
INCORPORADA A LA UNAM
CLAVE 8715/12



PROCESO CUIDADO ENFERMERO
"ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTE PSIQUIATRICO CON TRASTORNO
DEPRESIVO MAYOR"

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

MONICA LUCIA VARGAS PONCE

TUTOR
L.E.O. Agripina García Gutiérrez

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



ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSÍ, S. L. P.
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

MONICA LUCIA VARGAS PONCE

Hacemos constar que hemos evaluado y aprobado el trabajo:

“Proceso cuidado enfermero atención al paciente psiquiátrico con trastorno depresivo mayor”

En vista de lo cual extendemos nuestra autorización para que dicho trabajo sea sustentado en examen de grado de Licenciatura en Enfermería.

L.E.O. Agripina García Gutiérrez
Tutor

L.E.O. Claudia Patricia Pérez Hernández
Presidenta

L.E.O. Miguel Ángel Pérez López
Secretaria

L.E. Claudia Glafira Martínez Saldaña
Vocal

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

INDICE

RESUMEN	5
II INTRODUCCIÓN	6
III JUSTIFICACIÓN	8
IV OBJETIVOS.....	11
V MARCO TEÓRICO	12
5.1.- Enfermería como profesión disciplinaria	12
5.2.-El cuidado como objeto de estudio.....	14
5.4 Modelo Teórico de Joyce Travelbee.....	17
5.4.1.- Elementos fundamentales del modelo utilizado	18
5.5.1. Valoración	20
5.5.2 Diagnóstico.....	21
5.5.3 Planeación.....	22
5.5.4.-Ejecución.....	23
5.5.5 Evaluación.....	24
5.5.6 Problematica de salud	25
5.5.7 Diagnóstico y tratamiento	33
VI Resumen de caso clínico	37
VII Valoración por patrones funcionales.	38
Diagnósticos de enfermería.....	45
VIII PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA	55
X REFERENCIAS.....	59

RESUMEN

Introducción: el trastorno depresivo mayor es una enfermedad frecuente en todo el mundo que afecta los sentimientos, los pensamientos y el comportamiento de una persona y puede causar una variedad de problemas físicos y emocionales dificultando la realización de actividades. **Objetivo general:** Aplicar el Proceso Cuidado Enfermero en la atención individualizada a una paciente con trastorno de depresión mayor empleando el modelo teórico de Joyce Travelbee mediante la aplicación de la taxonomía NANDA, NOC, NIC para el restablecimiento de su salud. **Metodología:** este proceso consiste en una valoración que es desglosada por los patrones funcionales de M. Gordon. Desarrollado en varias etapas que se enlazan para llevar un sustento teórico. Se elaboró en base al modelo teórico de Joyce Travelbee ya que ella basa su teoría y manejos de cuidado hacia los pacientes psiquiátricos. **Resultados:** Se mantiene equilibrado el estado emocional de la paciente; lo cual se ve reflejado en su conducta y en sus relaciones sociales e intrafamiliares. **Conclusiones:** la depresión mayor es de gran impacto y trascendencia influye en la sociedad, la economía, el área laboral, familiar, en situaciones traumáticas y principalmente las redes sociales. Trabajar con el modelo teórico de Joyce Travelbee se logró adquirir un aprendizaje significativo y comprender mejor al paciente psiquiátrico, así mismo se ha mantenido una respuesta positiva de la paciente en el tratamiento farmacológico y su conducta personal mejorando el afrontamiento en la toma de decisiones y al manejo a situaciones estresantes.

Palabras clave: depresión mayor, Joyce Travelbee, Proceso Cuidado Enfermero.

II INTRODUCCIÓN

“La depresión es un trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades. También denominada trastorno depresivo mayor o depresión clínica; afecta los sentimientos, los pensamientos y el comportamiento de una persona y puede causar una variedad de problemas físicos y emocionales. Es posible que tenga dificultades para realizar las actividades cotidianas y que a veces sientas que no vale la pena vivir” (Clinic, 2021).

Las variables de la depresión en la población mexicana son: ser mujer, jefa de familia, el nivel socioeconómico, el desempleo, el aislamiento social, problemas legales, la violencia, las sustancias adictivas y la migración.

En la actualidad, los factores que influyen o que tiene mayor repercusión en las situaciones emocionales son: el uso de la tecnología, las redes sociales, programas televisivos y la violencia entre algunos otros. Esto puede ocasionar que exista una alteración en el pensamiento y en la conducta de manera negativa influyendo y determinando las características conductuales y actitudinales de las personas que se involucren específicamente dentro de los contextos laborales, sociales y familiares.

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. (OMS, 2021).

Considerando que la depresión es una de las principales causas de enfermedad en términos de años de vida por discapacidad; se establece que es un problema importante en la salud pública; ya que en México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno lugar para los hombres.

“En lo que respecta a nuestro estado, en lo que se refiere en específico a san Luis potosí, a través de la Red Estatal de Atención Psiquiátrica tan solo en el 2019 se brindó atención de un total de 1041 pacientes con algún trastorno depresivo, y se prevé que para este 2020 el número de atención crezca significativamente como consecuencia de la pandemia generada por el Covid-19” (Baztán, 2020).

En el estado de san Luis potosí los factores que influyen para que esta patología trascienda son: la genética, padecimientos psiquiátricos, consumos de sustancias, trastornos de personalidad, ansiedad, algún trauma durante la infancia o la edad adulta, el apoyo social, los problemas conyugales, relaciones conflictivas y estrés, entre otros. (Baztán, 2020)

Precisamente por la importancia y el impacto que tiene a nivel nacional y por consecuencia a nivel estatal. Es interesante profundizar, conocer y tratar pacientes con características de esta patología; como son los antecedentes personales, historias familiares y otros factores; así como observar la evolución de su padecimiento por medio de entrevistas y/o valoración y exploración física.

Al llevar a cabo el seguimiento de una paciente femenina de 21 años con diagnóstico de depresión mayor la cual presento estos factores desencadenantes: un contexto familiar disfuncional, problemas conyugales, suspensión de tratamiento, estado de ánimo deficiente, problemas de aceptación personal, estrés laboral.

El proceso cuidado enfermero que se aplicó para la atención del paciente con diagnóstico de depresión mayor, se desarrolló sistemáticamente, metodológicamente, y así mismo se propusieron medidas preventivas y de autocuidado. Para abordar este tema se recurrió al modelo de la teorista Joyce Travelbee para implementar medidas y acciones individualizadas.

III JUSTIFICACIÓN

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. (OMS, 2021).

Aunque hay tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no recibe esos tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta. Otra barrera para la atención eficaz es la evaluación errónea. (OMS, 2021).

En los estudios y en las investigaciones realizadas en México basados en este tema se identificó la siguiente información: “Una de las fuentes de información actualmente disponibles acerca de la depresión en México es la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, también conocida como la Encuesta Nacional de Comorbilidad en México, Se trata de una encuesta con una muestra probabilística y representativa de la población urbana entre 18 y 65 años de edad, que incluyó a 5,782 participantes. De acuerdo con la información que se obtuvo en esta encuesta, 9.2% de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida; y según señalan, una de cada cinco personas llegará a cursar algún trastorno antes de cumplir 75 años” (Wagner, 2018).

México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno lugar para los hombres.

“En lo que respecta a nuestro estado San Luis Potosí, a través de la Red Estatal de Atención Psiquiátrica tan solo en el 2019 se brindó atención de un total de 1041 pacientes

con algún trastorno depresivo, y se prevé que para este 2020 el número de atención crezca significativamente como consecuencia de la pandemia generada por el Covid-19” (Baztán, 2020).

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) dedico su informe a la salud mental, considerando al trastorno depresivo como la quinta causa de carga entre todas las enfermedades”. (Wagner, 2018)

En base a la información adquirida; se analiza el contexto y se presenta la oportunidad de diagnosticar, seleccionar, observar y trabajar con una paciente con características de la patología de depresión mayor desde hace tres años.

Las características de esta enfermedad, es la manifestación de pensamientos depresivos, problemas de conducta ante situaciones sociales, familiares y en el ámbito laboral suele ser una persona muy compleja y violenta. Posteriormente se inicia, se desarrolla y se da seguimiento a la valoración del paciente en el proceso cuidado de enfermería.

Este caso específico del trastorno depresivo, busca que el paciente identifique sus problemas de conducta que afectan en todos sus ámbitos proporcionándole cuidados individualizados bajo un método científico que ayuden a afrontar las situaciones de su vida diría con una visión positiva.

Con las herramientas utilizadas se priorizan los diagnósticos de enfermería utilizando la NANDA (North American Diagnosis Association), de acuerdo a las características de este caso clínico y se aplican las intervenciones y actividades de enfermería con bases científicas para posteriormente obtener los resultados esperados.

En definitiva, se realiza este Proceso Cuidado Enfermero como un método sistemático, organizado, planeado, ejecutado, evaluado, y respaldado con fundamentación científica y al mismo tiempo se busca conseguir resultados óptimos en el restablecimiento de la salud de la paciente con estado depresivo mayor y su adaptación al entorno social, familiar y laboral.

Dentro de la factibilidad de esta metodología se agiliza el tratamiento en salud real, en base a un plan eficaz y eficiente, tomando en cuenta los aspectos humanitarios que afectan al paciente, enfocándolo en el autocuidado buscando la comunicación asertiva en las relaciones familiares.

En la actualidad se requiere de un profesional de enfermería que se preocupe por ser cada vez más oportuno, innovador, preparado con bases sólidas en los conocimientos y la aplicación de métodos científicos dentro del proceso de cuidado de enfermería.

Como novedad científica, la OMS, entre otras organizaciones, ha elaborado manuales sobre investigaciones psicológicas breves para tratar la depresión, un manual explica la utilización de la activación de la conducta, el entrenamiento en relajación, el tratamiento para la resolución de problemas y el fortalecimiento del apoyo social y la manera de tratar este trastorno. (OMS, 2021).

El DSM-5 genera gran expectativa en la organización del manual en un modelo de "ciclo vital", la aparición de nuevas entidades y el ajuste en los criterios de diagnóstico de muchos trastornos. (Muñoz, 2015).

IV OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Aplicar el proceso cuidado enfermero en la atención individualizada a una paciente con trastorno de depresión mayor empleando el modelo teórico de Joyce Travelbee mediante la aplicación de la taxonomía NANDA, NOC, NIC para el restablecimiento de salud.

4.2 Objetivos específicos:

- 1.- Realizar la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon.
- 2.- Identificar los patrones funcionales afectados en la paciente con diagnóstico de depresión mayor.
- 3.- Realizar las actividades de enfermería de manera oportuna y eficiente para lograr la mejora de la salud de la paciente.
- 4.- Elaborar un plan de alta de enfermería individualizado para el paciente con estado depresivo mayor.

V MARCO TEÓRICO

5.1.- Enfermería como profesión disciplinaria.

La revista cubana de enfermería “Enfermería como profesión” menciona que las profesiones surgen en las sociedades modernas a partir del siglo XVIII, así también “la enfermería como profesión se fue perfilando a través de los años. La suposición de que enfermería es un arte innato a cualquier mujer ha obstaculizado el desarrollo del concepto de enfermería como profesión” (Enfermer, 2009).

Anteriormente, la profesión implicaba llevar a cabo operaciones intelectuales que se adquirían a través de la ciencia y de la instrucción, era reconocida como profesión al momento de que se identificaban varios campos laborales con ciertas características.

Los cuidados durante millares de años estaban ligados históricamente a la mujer vinculados a las actividades de cuidar la vida y preservar la especie, posteriormente a la llegada del cristianismo se da más importancia al espíritu es aquí donde aparecen las mujeres cuidadoras consagradas.

Después de la edad media los cuidados eran ejercidos por mujeres de la clase baja y de dudosa reputación, con el avance de la ciencia y las tecnologías surgió el concepto de mujer cuidadora-auxiliar del médico, cuya labor era apegado a las indicaciones médicas, el estilo de pensamiento era muy cercano al religioso reforzando un modelo vocacional y disciplinar del ejercicio del quehacer.

En este contexto es donde surge la enfermería como profesión con Florence Nightingale ya que ella establece las bases de una formación formal para enfermeras, creo un sistema en donde las candidatas eran sometidas a un estricto sistema de disciplina y calidad moral.

En 1997 Ellis y Hartley, propusieron siete características de las profesiones.” (Enfermer, 2009).

1.- tener un cuerpo definido y organizado de conocimientos intelectuales que puedan ser aplicables a la actividad del grupo que son las teorías y modelos que sustentan el quehacer. (Enfermer, 2009).

2.- El proceso de atención de enfermería que consiste en aplicación del método científico que nos permite fundamentar la práctica de los cuidados con intención de mejorar la atención brindada a las personas. (Enfermer, 2009).

3.- Florence Nightingale desarrollo el primer programa de formación para enfermeras en 1860 el objetivo es preparar enfermeras de hospital, los contenidos teóricos eran dictados por los médicos y la formación práctica estaba a cargo de una enfermera entrenada. (Enfermer, 2009).

4.- Funcionar con autonomía en la formulación del control de sus actividades profesionales, como un indicador de la profesionalización. (Enfermer, 2009).

5.- Desarrollar un código de ética profesional, actualmente “El documento en que el (Clasificación Internacional de enfermedades) CIE establece las normas y valores de la actividad del profesional de enfermería es el Código deontológico.” (Enfermer, 2009).

6.- Reconocer a la profesión como una contribución a la sociedad por los servicios que presta. (Enfermer, 2009).

7.- Realizar esfuerzos para ofrecer compensación a los profesionales por medio de autonomía, desarrollo profesional y seguridad económica “El CIE establece que el desarrollo de la carrera profesional es un importante factor que contribuye a la prestación de unos cuidados de gran calidad a nivel mundial” (Enfermer, 2009).

Por lo que el desarrollo de la carrera profesional se sustenta en un sistema de formación con estructuras profesionales reconocidas y flexibles para el acceso de oportunidades de espíritu emprendedor y empresarial.

Triviño en su artículo Enfermería como ciencia disciplina- profesión y práctica menciona que “en siglos pasados los cuidados eran proporcionados por voluntarios especialmente por mujeres, monjes y religiosas y que posteriormente se establecen programas de formación lo cual actualmente son bases que hacen ver a la enfermería como una profesión” (Triviño, 2016).

Consideremos que, la enfermería siempre lleva como objeto de estudio el cuidado y la manera de actuar al llevar a cabo el bienestar, que es obtenido por el conocimiento, valores y expectativas personales que resaltan a la enfermera como profesional.

Es así que, la disciplina en el ámbito de enfermería tiene como enseñanza el desarrollo de los conocimientos que son los que servirán en la práctica clínica, pues la enfermera es quien toma la responsabilidad de las decisiones al hacer un razonamiento clínico en las acciones que se llevan a cabo con fundamentos científicos y éticos.

5.2.-El cuidado como objeto de estudio.

“El cuidado desde su origen, se ha definido como un acto propio de cada ser humano, cuya preocupación es una serie de necesidades fisiológicas y placenteras, que promueve la vida y lucha contra el dolor, la enfermedad y la muerte. (Achury, 2009).

Se menciona que uno de los “orígenes importantes del cuidado son la alimentación ya que las mujeres se encargaban de obtener recursos de las cosechas por lo que se destaca la experiencia en las bondades curativas de las plantas” (Achury, 2009).

El cuidado desarrollado por la mujer se extiende a personas fuera del núcleo familiar sin remuneración alguna.

Durante el cristianismo eran catalogadas como brujas, posteriormente surgen las denominadas mujeres consagradas Subsiguientemente, existe la etapa técnica que inicia en Inglaterra y Francia, inicia la separación de la iglesia y el estado, es aquí cuando el campo de las actividades medicas se amplia y surge la mujer auxiliar del médico, esta

mujer dependía totalmente del médico ya que el determinaba y ordenaba las actividades que se iban a realizar.

Hasta la segunda guerra mundial el concepto del cuidado empieza como un servicio remunerado y es aquí donde empieza a pensarse la enfermería como un ejercicio profesional independiente al acto médico por lo que empieza la defensa de una práctica integral y con calidad.

Florence Nightingale fue la primera pionera en formar escuelas para el entrenamiento de pacientes de enfermería; en 1857 el tiempo de formación era únicamente de un año, su objetivo era formar enfermeras capaces de formar a otras, su modelo teórico se basaba en la relación del medio ambiente con las condiciones de salud de la población es de ahí donde surgen las medidas comunitarias y de higiene.

Gordon fue la pionera de los derechos de la enfermería y mostro como se puede ir más allá del principio de limitarse a ejecutar órdenes y la lucha por mejorar la calidad del cuidado.

La esencia de la profesión de enfermería es el cuidado que se ejerce hacia los seres humanos ya que todo esto repercute desde los servicios sanitarios considerando conseguir la satisfacción durante la estancia del paciente con la eficacia de los cuidados del profesional y la calidad de atención que se brinda.

El cuidado siempre ha sido una función primordial al poder desarrollar actividades que apoyen y adapten al individuo en su vida cotidiana; Juárez menciona que “la enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyo sujeto de atención es la persona como ser individual, social y espiritual”. (Juárez, 2009).

El cuidado se puede tomar como el quehacer del profesional de enfermería y debe ser un cuidado de calidad al observar la importancia y las oportunidades de los profesionales de enfermería llevando a cabo un alto nivel de compromiso en su formación y la práctica que permite combinar la orientación humanística con la importancia de la ciencia.

5.3.- Proceso de atención de enfermería.

El proceso de atención de enfermería tiene una estructura de una manera individualizada conforme a las necesidades del individuo y de la familia teniendo su propio cuidado que es prestado de manera continúa y de calidad por parte del profesional de enfermería.

Como dice Gálvez en su artículo que “El proceso de atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática” (Gálvez 2007).

Por consiguiente, la finalidad del proceso de atención de enfermería es cubrir las necesidades del individuo, establecer planes de cuidado conforme a la situación del problema presentado, y posteriormente realizar las intervenciones que reducirán o evitarán los síntomas de dicha enfermedad.

La “enfermería ha transitado por tres paradigmas que han configurado este actuar, el paradigma de categorización (1860-1950), el de integración (1950-1975) y finalmente el de transformación (a partir de 1975), que implicó cambios en la concepción del metaparadigma de enfermería y ha fomentado la estructuración de su metodología.” (Rojas, 2016).

En los años de 1959,1961 y 1963 Jhonson, Orlando consideraron que el proceso constaba de tres etapas: valoración, planeación y ejecución; en 1967 se describieron cuatro fases agregando los resultados obtenidos que es la evaluación, en los años de 1970 y 1990 se anidó la fase del diagnóstico que define y justifica la existencia de un juicio clínico de enfermería que hacía referencia al problema existente, es ahí donde se conformaron las cinco etapas que actualmente se conocen (Rojas, 2016).

Se comienzan a elaborar los primeros modelos conceptuales del cuidado de enfermería que ayudan a complementar la formación de los profesionales, establecido por Orem, Henderson, Peplau, King, Roy y Allen, en los modelos se contempla el razonamiento clínico.

Los lenguajes estandarizados de la práctica se ven consolidados con las fases de elaboración de sus clasificaciones y la elaboración de sus taxonomías, es así como en 1997 fue publicada la clasificación de los resultados de enfermería NANDA, NOC Y NIC las cuales se han reconocido internacionalmente, cumplen con criterios establecidos para considerarse como sistemas de clasificación en el cuidado enfermero.

5.4 Modelo Teórico de Joyce Travelbee.

Joyce Travelbee nació en 1926 en Nueva Orleans, Louisiana E.U, completo su formación básica como enfermera en 1946 en la escuela de enfermería del Charity Hospital de Nueva Orleans.

Empezó su carrera como enfermera docente en 1952, impartiendo clases de enfermería psiquiátrica en la Depaul Hospital Affiliate School en Nueva Orleans, mientras cursaba su diplomatura; En 1963 empezó a publicar artículos en las revistas de enfermería.

En 1966 publica su primer libro “Interpersonal Aspects of Nursing”, que se volvió a publicar en 1971. En 1969 publicó su segundo libro “Intervention in Psychiatric Nursing: Proc in the One-to-One Relationship”. En 1979 fue publicado como “Travelbee Intervention in Psychiatric Nursing”.

Travelbee afirmó que “la enfermera y el paciente interactúan el uno con el otro. Y que el objetivo de la enfermería es ayudar a una persona, una familia o una comunidad a prevenir o afrontar la experiencia que les supone la enfermedad y el sufrimiento y, si es necesario, encontrar un sentido a estas experiencias” (Alcázar, 2017).

Travelbee estuvo influenciada por Viktor Frankl el cual propuso la teoría de la logoterapia, donde el paciente “se encuentra confrontado y reorientado hacia el sentido de su vida” (Alcázar, 2017); Travelbee basó las afirmaciones de su teoría en los conceptos de la logoterapia, que se centra en la búsqueda en el sentido de la vida.

Publicó su libro con el sentido de comunicar su teoría para guiar la práctica de la enfermería psiquiátrica y salud mental; En 1979 fue traducido al español como

“Intervención en Enfermería Psiquiátrica”, Travelbee aborda a la enfermería como psiquiátrica ya que la enfermera tiene la práctica de cuidar, ayudar y acompañar a sus pacientes en su desarrollo psicosocial y a la recuperación de sus enfermedades mentales.

Según esta autora menciona que enfermería Psiquiátrica y enfermería en salud mental son dimensiones de la misma área de actuación; Enfermería psiquiátrica lo define como: “proceso interpersonal mediante el cual la enfermera ayuda a una persona, familia o comunidad con el objetivo de promover la salud mental, prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento mental y descubrir un sentido a esas experiencias” (Alcázar, 2017).

Salud mental según Travelbee “no es algo que la persona posee, sino que es algo que la persona es, la salud mental está claramente influenciada por la sociedad y la cultura en la que el individuo se desenvuelve” (Alcázar, 2017).

La teorista propuso una serie de actitudes que distinguen al ser humano como lo es la aptitud para amar y la capacidad para afrontar la realidad y distinguir el propósito de la vida.

5.4.1.- Elementos fundamentales del modelo utilizado.

Travelbee establece algunas fases fundamentales para poder obtener la relación entre paciente-enfermera.

Primera fase el encuentro original: esta fase habla del primer encuentro que tiene la enfermera con el paciente, mediante la observación, que es un punto importante por lo que se ve y se deduce sobre el otro, los pensamientos y sentimientos tienden a determinar los comportamientos y reacciones de los individuos.

Segunda fase introductoria o de orientación: enfermera-paciente verbalizan cual es el motivo por el cual se solicita la ayuda y lo que más le preocupa priorizando el aquí y el ahora, se aclaran las expectativas de la relación y hasta donde se pretende llegar.

Tercera fase de identidades emergentes: enfermera-paciente comienzan a establecer un enlace y a ver al otro como un ser humano único, con la finalidad de que el paciente vea a la enfermera diferente y no como la personificación de las enfermeras en otro ámbito de la salud.

Se trabaja sobre los problemas identificados y se analizan los factores, se determina cuanto la persona puede hacer por sí mismo, estimulándole a buscar su participación.

Fase de empatía: la enfermera puede interactuar muchas veces con el paciente, pero solo empatiza una o varias veces, una vez que esto ocurre el patrón de interacción cambia, uno de los requisitos para desarrollar empatía es el deseo de comprender o entender a la persona.

Fase de simpatía: surge del deseo base de aliviar el estrés, es la capacidad de compartir los sentimientos o intereses del otro. La simpatía implica una genuina preocupación del otro, combinada con el deseo de ayuda, el objetivo es transmitir al otro que su preocupación es también la nuestra y que deseamos poder ayudarle a solucionarla.

Fase de término: es una interrelación cercana de pensamientos y sentimientos, transmitidos o comunicados de un ser humano a otro. Esta relación se caracteriza porque la enfermera y el paciente se perciben como seres humanos.

La relación del modelo de J. Travelbee cuenta con unas características muy concretas que para considerar una relación se tiene que tomar en cuenta algunos aspectos como: es una relación planificada, deliberada y consciente entre una persona que necesita ayuda y otra que está capacitada para proporcionarla.

Para Travelbee, a través de la relación de ayuda se pretende llegar a conseguir una serie de objetivos.

Ayudar a la persona consultante a enfrentarse a sus problemas presentes; cuenta como primera prioridad el no estar interesados por descubrir el contenido inconsciente o la relación de los problemas actuales con el pasado; se trata de que el paciente identifique

y vaya precisando y enfocando lo que más le afecta y como le afecta mediante preguntas exploratorias.

El modelo de relación de persona a persona se concluye que es uno de los modelos que tiene aplicabilidad práctica en enfermería psiquiátrica ya que se trata de uno de los modelos basados en la relación entre personas, enfermero y paciente, donde a través de la interacción se establecen cambios ya que nos permite llegar más lejos en la atención con las personas, ofreciéndonos una visión del otro y de nosotros mismos.

5.5.- Etapas del proceso cuidado enfermero.

El proceso de cuidado enfermero es una herramienta que nos permite brindar cuidados de una manera sistematizada a las personas sanas o enfermas que las ayude a cubrir sus necesidades, este proceso está compuesto por cinco etapas como lo es la valoración, diagnósticos de enfermería, planeación, ejecución y evaluación estas cinco etapas llevan un orden para así poder lograr los objetivos planteados por los profesionales de enfermería y mantener la satisfacción de ayudar y brindar cuidados de calidad al paciente.

5.5.1. Valoración

La valoración es la primera fase del proceso cuidado enfermero “Consiste en la recolección, organización y validación de los datos relacionados con el estado de salud de la persona. Se realiza a través de la entrevista, observación y exploración física” (Veracruz, 2016).

Para el desarrollo de la etapa de valoración se utilizan algunas herramientas, que nos permite la estandarización del cuidado de enfermería.

Métodos para la valoración de enfermería:

- Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Valoración por el método de aparatos y sistemas.
- Valoración por el método céfalo caudal.

- Valoración por el método de dominios NANDA.

“Esta primera etapa del proceso de atención de enfermería es necesario llevarla a cabo para dirigir, definir y estandarizar el cuidado de enfermería” (Salud, 2018).

Definitivamente la valoración que realiza el personal de enfermería siempre tiene que ir dirigida hacia un objetivo para responder a un cambio continuo del individuo, aplicando la entrevista y mantener una observación para recopilar más datos que ayudarán a identificar situaciones reales afectadas en el individuo y por último realizar la exploración física del paciente haciendo uso de las técnicas de inspección, palpación, percusión y auscultación determinando los síntomas o signos que el individuo nos haya manifestado. Toda vez que no pueda dar datos el paciente estos se recolectan de una fuente secundaria como los familiares, personas que lo acompañan o incluso del expediente clínico.

Para esta valoración se recurrió a los patrones de Marjory Gordon.

5.5.2 Diagnóstico

El diagnóstico “ Es un juicio clínico sobre las respuestas humanas de la persona, familia o comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones, y el logro de los objetivos que la enfermera responsable de la persona desea alcanzar” (Veracruz, 2016).

En otra fuente: “El diagnóstico de enfermería se define como un juicio clínico sobre las respuestas humanas de la persona, familia o comunidad antes procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones, y el logro de los objetivos que la enfermera responsable de la persona desea alcanzar; siendo estas la base para iniciar la etapa de la planeación y por consiguiente el PLACE (plan de cuidados de enfermería)” (Salud, 2018).

Para el desarrollo de esta etapa se utilizará como herramienta la clasificación taxonómica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (Salud, 2018).

El personal de enfermería hará uso del pensamiento crítico y lógico, del razonamiento diagnóstico, conocimientos y habilidades para hacer conclusiones clínicas de la situación de salud de la persona sana o enferma y con esta información redactar los diagnósticos de enfermería.

Tipos de diagnósticos de enfermería y sus elementos:

- Diagnostico real:
Problema (etiqueta diagnostica)
Etiología (factores relacionados)
Sintomatología (características definitorias). (Salud, 2018).

- Diagnostico potencial o de riesgo:
Problema (etiqueta diagnostica)
Etiología, causas (factores relacionados). (Salud, 2018).

- Diagnóstico de salud:
Problema (etiqueta diagnostica)
Sintomatología (características definitorias). (Salud, 2018).

- Diagnóstico 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 factores relacionados determinan la planeación de los cuidados, las acciones, las intervenciones y recomendaciones, que requiere la persona, familia o grupo social, para mejorar la condición de salud, así mismo minimizando los factores relacionados, la sintomatología disminuirá progresivamente.

5.5.3 Planeación

La planeación es la etapa del resultado esperado, inicia después de haber formulado los diagnósticos de enfermería, y consiste en la elaboración de las estrategias diseñadas para reforzar, evitar o reducir las respuestas de la persona.

Es así como en esta etapa inicia el PLACE: “es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se espera obtener, las estrategias, las intervenciones y la evaluación de todo ello, existen diferentes tipos de planes de cuidado, entre ellos destacan los siguientes:” (Salud, 2018).

- Individualizado: “permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidado y las acciones de enfermería para un paciente concreto”.
- Estandarizado: “Es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”.
- Computarizado: “Requiere la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización de la atención personalizada a un paciente concreto”. (Salud, 2018).

Nursing Outcomes Classification (NOC) es una herramienta que se utiliza para planear los resultados esperados, cada resultado planeado deberá redactarse con el objetivo y la acción de cumplir, deberá de ser medible y evaluable a corto, mediano o largo plazo, se determinaran los indicadores para medir el cumplimiento de los resultados a través de escalas y puntuación diana para la evaluación de resultados esperados y obtenidos.

5.5.4.-Ejecución

Para la aplicación de esta etapa se utilizan algunas herramientas, como “las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica de Enfermería (GPCE), así como de las guías médicas, estas recomendaciones son el resultado del desarrollo de la metodología de medicina y la enfermería basada en evidencia (EBE), a través de revisiones sistemáticas convirtiendo el contenido en Práctica basada en evidencia (PBE)” (Salud, 2018).

Las guías de práctica clínica: “Son un conjunto de evidencias y recomendaciones desarrolladas a través de la revisión sistemática de la literatura médica, con el objetivo de guiar al profesional de enfermería y al usuario de los servicios de salud, en la mejor

toma de decisiones para contribuir a la atención segura y de calidad, a través de la práctica clínica y reflexiva” (Manual GPCE, 2014).

Las guías son una herramienta muy útil para la mejor toma de decisiones del cuidado de enfermería ya que las recomendaciones se incorporan al cuidado de enfermería con intervenciones basadas en la evidencia científica para guiar, orientar y mejorar la calidad de atención.

Otra de las herramientas es la Nursing Interventions Classification (NIC), intervenciones incluidas en las GPCE como “puntos de buena práctica”, adaptadas y adecuadas a las condiciones de diversidad cultural, recursos de entornos y unidad de salud.

Cada una de las recomendaciones deben ser aplicadas considerando las características de la persona de misma manera tiene que ser medibles y evaluables a corto, mediano y largo plazo.

5.5.5 Evaluación

La evaluación “Es la última etapa del proceso y se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios indicadores. ” (Veracruz, 2016).

En esta etapa se realizará el comparativo de los resultados planeados con los resultados obtenidos, utilizando como herramienta la clasificación taxonómica de la Nursing Outcomes Classification (NOC).

La valoración es un proceso que nos ayuda a distinguir los distintos aspectos del estado de salud del individuo en las que se evalúa los resultados esperados, el proceso de esta evaluación consta de la recopilación de datos y del diagnóstico comparando la evolución del paciente con el fin de establecer conclusiones esperados en el proceso planeado que beneficien a su salud.

5.5.6.- Problemática de salud: Trastorno depresivo mayor

Patología:

“El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es una enfermedad asociada a síntomas de naturaleza emocional, vegetativos y físicos; entre éstos se encuentran los de naturaleza dolorosa. La enfermedad muestra una alta prevalencia y se estima que hacia el año 2020 se convertirá en la segunda causa de discapacidad. El diagnóstico del TDM se dificulta debido a la alta frecuencia de los síntomas físicos dolorosos, y se presenta hasta en 76% de los pacientes” (Ruiz, 2007).

El DSM (Diagnóstico y manual estadístico de trastornos mentales) define “el trastorno depresivo mayor por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos. Un episodio depresivo mayor debe durar al menos dos semanas, y se caracteriza por la aparición de síntomas como estado de ánimo decaído la mayor parte del día o casi todos los días; disminución a causa del interés o de la capacidad para el placer en casi todas las actividades; alteraciones de peso. Alteraciones de sueño o pérdida de energía; agitación o enlentecimiento psicomotores; sentimientos de minusvalía y/o de culpa excesivos; disminución de la capacidad para pensar o concentrarse; pensamientos de muerte o ideación suicida recurrente” (Montes, 1999).

“La depresión es un trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza y una pérdida de interés en realizar sus diferentes actividades principalmente afecta los sentimientos, pensamientos y el comportamiento de la persona, este trastorno puede causar una variedad de problemas físicos y emocionales” (Ruiz, 2007).

“Los trastornos depresivos se caracterizan por una tristeza de una intensidad o una duración suficiente como para interferir en la funcionalidad y en ocasiones, por una disminución del interés o del placer despertado por las actividades. Se desconoce la causa exacta, pero probablemente tiene que ver con la herencia, cambios en las concentraciones de neurotransmisores, una alteración en la función neuroendocrina y factores psicosociales. El diagnóstico se basa en la anamnesis. En el tratamiento se

utilizan fármacos, psicoterapia o ambos y en ocasiones terapia electro convulsiva o estimulación magnética transcraneal rápida” (Coryell, 2020).

Epidemiología:

La epidemiología nos ayuda a medir la magnitud de los trastornos psiquiátricos y de los servicios de salud mental, y nos apoya para poder monitorear que los individuos que necesitan la atención psiquiátrica realmente lo estén recibiendo.

“El estudio de la OMS, comparativo entre países, encontró que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que las de los hombres, y que la asociación entre depresión y sexo no varía entre países de acuerdo con el ingreso” (Wagner, 2018).

Los resultados arrojados por estudios que se realizaron en 18 países de diversas regiones, fueron: “las tasas más bajas se observaron en países considerados de ingreso bajo y medio, que incluyeron la India, México, China y Sudáfrica; mientras que las tasas más altas se observaron en países con ingresos altos, incluidos Francia, Holanda, Nueva Zelanda y los Estados Unidos de América” (Wagner, 2018).

El estudio clarifica que las diferencias en la prevalencia no se deben a que los casos en países de ingresos altos tengan mayor gravedad que en los países con ingresos bajo y medio, y por tanto tengan mayor probabilidad de ser identificados.

Como puede apreciarse, los trastornos depresivos se manifiestan crónica e intermitentemente. “Un estudio internacional encontró que, en la mayoría de los países, entre 40 y 55% de las personas que alguna vez tuvieron algún trastorno depresivo presentaron uno en el último año, y que entre 45% y 65% de quienes tuvieron un trastorno depresivo en el último año sufrieron el padecimiento en el último mes. Así, se puede estimar que entre 16 y 36% de las personas que alguna vez tuvieron un trastorno depresivo lo cursaron en el último mes” (Wagner, 2018).

Uno de los principales motivos por los que los trastornos depresivos tienen un impacto tan elevado en la salud pública es el alto grado de discapacidad que generan. Los estudios simultáneos y comparables en 15 países de la Encuesta Mundial de Salud Mental mostraron que, en general, las personas atribuyen mayor discapacidad a los trastornos mentales que a los físicos, fundamentalmente debido a la mayor discapacidad social y en el ejercicio de las tareas personales cotidianas.

“La Encuesta Mundial de Salud Mental determinó que, en el caso específico de México, las personas que padecieron algún trastorno de salud mental en el último año perdieron en promedio 27 días productivos si el trastorno fue grave y alrededor de siete si la gravedad fue moderada” (Wagner, 2018)

Según señalan Kessler, una de cada cinco personas llegará a cursar algún trastorno antes de cumplir 75 años” (Wagner, 2018); La encuesta con adultos permitió estimar que la tasa de prevalencia anual de depresión en México fue de 4.8% entre la población general de 18 a 65 años, solamente superada por los trastornos de ansiedad, con una prevalencia anual de 6.8%. (Wagner, 2018).

En México, como en el resto del mundo, las cohortes más jóvenes padecen tasas mayores. De hecho, al menos la mitad de los casos de trastornos mentales ocurren antes de que las personas cumplan 21 años.

Se concluye que la depresión es un problema importante de salud pública en México y el mundo. Se requiere de la labor multidisciplinaria y colaborativa de equipos de salud, capaces de integrar la participación de la comunidad y, en particular, de las personas afectadas por trastornos depresivos.

Aspectos fisiopatológicos:

La depresión mayor (DM) se debe a la interacción de factores etiopatogénicos: genéticos, biológicos y sociales, que atenúan la transmisión monoaminérgica en el cerebro. Sin embargo, poco se conoce sobre los mecanismos fisiopatológicos que subyacen a ella. (Montes, 2003).

Factores Biológicos: Se ha demostrado que en personas deprimidas aparece una disminución de monoaminas biógenas como la serotonina, noradrenalina y dopamina a nivel del sistema nervioso central; además de alteraciones neuroendocrinas, modificaciones neuroanatómicas y desarreglos de interacción entre los sistemas inmune y neuroendocrino. (Montes, 2003).

Hipótesis de las aminas Biógenas: “Se fundamenta en la observación de que la reserpina, alcaloide usado en el tratamiento de la hipertensión en los años 50, producía síntomas depresivos en un 15% de los pacientes tratados. Este efecto se asoció con una disminución de la serotonina, noradrenalina y dopamina en el cerebro por inhibición de la captación del transmisor a través de las vesículas sinápticas en la célula presináptica” (Montes, 2003).

“La serotonina o 5 Hidroxitriptamina (5HT) es una amina biógena que se aisló por primera vez en sangre periférica y posteriormente en el sistema nervioso central. Las neuronas que contienen serotonina han sido localizadas, por procedimientos histoquímicos fluorescentes y por técnicas autoradiográficas, a nivel del tallo encefálico, principalmente en aquellas ubicadas en los núcleos del rafe. Sus axones se proyectan hacia varias regiones y de forma notable, hacia la corteza cerebral” (Montes, 2003).

“La serotonina se produce en el sistema nervioso central y en la periferia: médula suprarrenal, intestino, plaquetas y también en linfocitos. Presenta diversidad de funciones en los sistemas nerviosos central y periférico. Este neurotransmisor se sintetiza a partir del L-Triptófano, aminoácido esencial que se adquiere fundamentalmente en la dieta y se encuentra en alimentos como el jamón, la carne, las anchoas, los quesos maduros, los huevos y las almendras. La disponibilidad de este aminoácido a nivel sérico se asocia con la síntesis de serotonina en neuronas del tallo encefálico” (Montes, 2003).

Durante su biosíntesis, el Triptófano, por acción de la enzima triptófano (Try) hidroxilasa, se transforma en 5-Hidroxitriptófano y luego éste, por acción de la 5- hidroxitriptófano (5-HTP) descarboxilasa, se transforma en serotonina, la cual es almacenada en vesículas presinápticas o metabolizada en ácido 5-Hidroxiindolacético (5-HIAA) por acción de la

monoaminoxidasa mitocondrial de neuronas ubicadas en los núcleos del rafe del tallo encefálico.

“La asociación de los síntomas depresivos con una disminución de la concentración de la serotonina en el cerebro, dio paso a las investigaciones realizadas posteriormente, pues entre 1955 y 1958 se comprobó que los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), como la isoniazida, eran antidepresivos eficaces; La isoniazida era usada para el tratamiento de la tuberculosis y se observó cómo pacientes con tuberculosis, que además presentaban depresión, mejoraban notablemente su estado de ánimo cuando eran tratados con este fármaco. También se experimentó tratar con isoniazida a pacientes deprimidos sin tuberculosis y se admitió su eficacia. Los IMAO aumentan la concentración de serotonina y noradrenalina en el cerebro al disminuir la degradación de los neurotransmisores por la monoaminoxidasa” (Montes, 2003).

Los antidepresivos tricíclicos fueron descubiertos luego de los IMAO. Resultan muy eficaces, debido a su acción bloqueadora de recaptación de serotonina y noradrenalina por las 5 neuronas presinápticas, prolongando la acción de estos transmisores en la hendidura sináptica, aumentan la disponibilidad de serotonina y aminas biógenas.

El tercer grupo de antidepresivos eficaces son los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS), los cuales afectan sólo la serotonina y no a la noradrenalina.

Los tres grupos de antidepresivos potencian la actividad sináptica de serotonina inhibiendo la recaptación del neurotransmisor o su degradación, sustentándose así que el sistema serotoninérgico desempeña un papel importante en la fisiopatología de la depresión.

La depresión se asocia con signos de alteración hipotalámica que se manifiesta en una secreción excesiva de corticotropina (ACTH) por la hipófisis, induciendo aumento de la secreción de cortisol por la corteza suprarrenal. La secreción de ACTH es tan importante que en algunos pacientes deprimidos se puede observar aumento del tamaño de la glándula suprarrenal por medio de tomografía axial computarizada (TAC).

“La secreción normal de cortisol sigue un ritmo circadiano, alcanzando un pico máximo a las 8:00 AM, siendo menor en la tarde y en la madrugada. Este ritmo se encuentra alterado en el 50% de pacientes deprimidos, los cuales excretan grandes cantidades de cortisol a lo largo de todo el día, incluso mientras duermen. La administración oral de dexametasona no ocasiona en los pacientes deprimidos la supresión normal de la producción de cortisol. Cerca de 40 -50% de los pacientes continúan con niveles altos de cortisol después de recibir 1, 2 u 8 mgs de este esteroide sintético” (Montes, 2003).

El aumento de la secreción de cortisol es el resultado final de la hipersecreción de la hormona liberadora de corticotropina (CRH). Los niveles de CRH se correlacionan con la depresión, pues la liberación de esta hormona es estimulada por la noradrenalina y la acetilcolina. Por esta razón, se infiere que la CRH y el sistema noradrenérgico se refuerzan entre sí.

Alteraciones del sistema inmune se añaden a las modificaciones neuroendocrinas de la depresión: “Se ha demostrado una alteración del eje Hipotálamo-Hipófisis- Suprarrenal (HHS) mediada por citoquinas, que son mensajeros químicos diversos y potentes secretados por las células del sistema inmunológico, entre los cuales se encuentran los linfocitos, las células T, las células B, los monocitos y los macrófagos.

Estas pueden activar el eje HHS, directa o indirectamente; Directamente: a través de sus efectos sobre el CRH; indirectamente: por medio de la resistencia de los receptores a los glucocorticoides, inducida por citoquinas, originando hiperactividad del eje HHS y afectando así su inhibición por retroalimentación” (Montes, 2003).

Los receptores de citoquinas se expresan en neuronas del (sistema nervioso central) SNC, lo que genera la posibilidad de que las citoquinas funcionen como neurotransmisores y ejerzan efectos directos sobre el SNC.

“Los estudios de tomografía por emisión de positrones (PET) y de resonancia magnética funcional (RMf) han determinado una posible alteración anatómica en la corteza prefrontal ventral a la rodilla del cuerpo calloso, alterada en los casos de depresión unipolar. Durante la fase depresiva de la enfermedad, la actividad en esta región disminuye. Esta disminución parece explicarse en gran parte por la reducción del

volumen (45% aprox.) de la sustancia gris de esta zona de la corteza prefrontal” (Montes, 2003).

“Esta región de la corteza prefrontal tiene extensas conexiones con otras regiones involucradas en la conducta emocional, como el núcleo amigdalino, el hipotálamo lateral, el núcleo accumbens y los sistemas noradrenérgicos, serotoninérgicos y dopaminérgicos del tronco encefálico. Las personas con lesiones en estas áreas presentan dificultades para experimentar las emociones” (Montes, 2003).

Manifestaciones:

“El estado de ánimo típico es deprimido, irritable y/o ansioso. El paciente puede mostrar un aspecto patético, con el ceño fruncido, las comisuras de los labios hacia abajo, evitando mirar a los ojos y hablando con monosílabos o callado. El estado de ánimo enfermizo se acompaña de preocupaciones por culpa, ideas de auto denigración, disminución de la capacidad para concentrarse, indecisión, pérdida de interés por las actividades habituales, retraimiento social, desesperanza, desesperación y pensamientos recurrentes de muerte y suicidio; también son frecuentes las alteraciones del sueño. En algunos casos, la profundidad del estado de ánimo alterado es tal que el paciente no puede llorar y se queja de imposibilidad para expresar las emociones, incluyendo pena, alegría y placer, además de un sentimiento de que el mundo se ha vuelto descolorido y desvitalizado. Para estos pacientes ser capaz de llorar, representa un signo de mejoría” (Ramirez V. H., 2003).

“La depresión se clasifica en tres grupos según la sintomatología que se presente; el primero consulta por síntomas depresivos: tristeza, sentimientos de culpa, ideación suicida, el segundo grupo que presenta síntomas generales u orgánicos: insomnio, anorexia, cansancio, cefalea y vértigo, el tercer grupo presenta síntomas psiquiátricos dentro los cuales predomina la ansiedad” (Ramirez V. H., 2003).

Síntomas generales de la depresión:

- Sensación de tristeza o vacío; humor depresivo la mayor parte del tiempo.
- Pérdida de interés o de placer en la mayoría de actividades.

- Dificultad para dormir o adormecimiento excesivo.
- Pérdida o aumento de peso muy notorio en un lapso de un mes.
- Pérdida de concentración.
- Ideas obsesivas de muerte o suicidio, pero sin plan de cometer el acto.
- Agitación física o mental.
- Constipación
- Fatiga o pérdida de energía.
- Pérdida del apetito.
- Cefaleas recurrentes.
- Disminución de la libido.
- Dificultad para tomar decisiones (Ramirez V. H., 2003).

En otra fuente según Carretero enlista los principales síntomas de la depresión que son (Carretero, 2007):

- Pérdida de energía.
- Decaimiento o fatiga.
- Insomnio
- Pérdida del apetito.
- Irritabilidad e inquietud.
- Sentimientos de culpa.
- Pensamientos negativos.

La depresión puede ser desencadenada por algún evento traumático o algún factor como:

- Pérdida de un ser querido.
- Dolor prolongado o enfermedad.
- Consumo de sustancias nocivas.
- Violencia intrafamiliar.
- Estrés
- Deficiencias nutricionales.
- Problemas en el patrón del sueño (Carretero, 2007).

5.5.7 Diagnóstico y Tratamiento

Los criterios de diagnóstico para el trastorno depresivo mayor según el (DSM-5) encontradas en el artículo Criterios Diagnósticos DSM-5 para Trastorno depresivo mayor son los siguientes:

“Requiere la presencia de tristeza o anhedonia con un total de cinco o más síntomas durante un periodo de dos semanas, cinco o más de los siguientes síntomas deben presentarse casi todos los días, los síntomas principales son:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
- Anhedonia o marcada disminución del interés o placer en casi todas las actividades.

Síntomas adicionales:

- Pérdida de peso clínicamente significativa o aumento o disminución en el apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Agitación o retardo psicomotor.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.
- Capacidad disminuida para pensar o concentrarse o indecisión.
- Pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. (Firman, 2014).

Las escalas más utilizadas de diagnóstico para el trastorno depresivo mayor es la escala de depresión de Hamilton (HAM-D) (Anexo imagen 1) y El Inventario de Depresión de Beck (Anexo imagen 2).

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica.

“Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes

puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada"; 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" (Purriños, 2020).

"El Inventario de Depresión de Beck, creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad" (Myres, 2006).

Tratamiento:

"Desde principios de la década de los 60's, los antidepresivos tricíclicos representaron el tratamiento farmacológico para la depresión mayor. Estos antidepresivos, en general han sido considerados como un grupo homogéneo de fármacos, que difieren principalmente en su potencia para inhibir la recaptura de la 5-HT y de la NA. Su eficacia en el tratamiento de la depresión mayor está bien establecida estos antidepresivos presentan efectos adversos, los cuales pueden aparecer al inicio del tratamiento o tras aumentar la dosis de su administración" (Pérez-Padilla, 2016).

"Estos medicamentos se pueden dividir en dos clases principales, la imipramina y la amitriptilina, que son fármacos duales inhibidores de la recaptura de la 5-HT y la NA, y que tienen una alta carga de efectos secundarios anticolinérgicos la nortriptilina y la desipramina, son más selectivos en el bloqueo de la recaptura de la NA" (Pérez-Padilla, 2016).

"Otro tipo de fármacos son los inhibidores de la MAO han sido efectivos en producir una mejoría de los pacientes con depresión mayor. Su efecto consiste en aumentar la función de los sistemas monoaminérgicos (5-HT y NA). Sin embargo, su efecto es lento y puede observarse después de varias semanas de administración" (Pérez-Padilla, 2016).

“Los ISRS (Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina), se encuentran el citalopram, la sertralina y la fluoxetina, los cuales han reemplazado a los fármacos antidepresivos tricíclicos porque tienen menos efectos adversos.

La reboxetina, fue el primer fármaco de los ISRN utilizado en el tratamiento de la depresión; Actúa principalmente uniéndose al transportador de la NA bloqueando su receptación” (Pérez-Padilla, 2016).

La Guía de práctica clínica “Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto”, menciona los siguientes medicamentos: (Anexo 5).

Amitriptilina	Carbonato de Litio
Anfebutamona	Lamotrigina
Citalopram	Levotiroxina
Fluoxetina	Metilfenidato
Imipramina	Olanzapina
Paroxetina	Quetiapina
Reboxetina	Risperidona
Sertralina	Valproato de Mg
Venlafaxina	

Aparte de los tratamientos de farmacoterapia, existen tratamientos como la terapia cognitiva y la psicoterapia interpersonal para la depresión mayor, y que han sido reportados como tratamientos eficaces, ya sea aplicado en forma separada o en combinación con el tratamiento farmacológico.

“A la fecha múltiples investigaciones clínicas han evaluado la eficacia de la terapia cognitiva conductual para el tratamiento del trastorno depresivo mayor. Los resultados de estos estudios indican que la terapia cognitivo conductual es un tratamiento eficaz y que, además, puede tener un efecto profiláctico en la reducción de las recaídas y en la recurrencia de episodios depresivos” (Pérez-Padilla, 2016).

La terapia electroconvulsiva es un procedimiento que se lleva a cabo con anestesia general y que consiste en pasar pequeñas corrientes eléctricas a través del cerebro, para

desencadenar una convulsión breve de manera intencional. La terapia electroconvulsiva provoca cambios en la neuroquímica cerebral que pueden revertir rápidamente los síntomas de algunas enfermedades mentales.

La terapia electroconvulsiva puede ofrecer mejorías rápidas y considerables de los síntomas graves de varios trastornos de salud mental. La terapia electroconvulsiva se utiliza para tratar lo siguiente:

- Depresión grave
- Depresión resistente al tratamiento
- Manía grave
- Catatonía

La terapia electroconvulsiva suele ser segura, los riesgos y efectos secundarios pueden comprender lo siguiente:

- Confusión
- Pérdida de memoria.

Otro de los tratamientos es la estimulación magnética transcraneal (EMT) es un procedimiento no invasivo que utiliza campos magnéticos para estimular las células nerviosas en el cerebro con el fin de mejorar los síntomas de depresión. La estimulación magnética transcraneal suele emplearse cuando los demás tratamientos para la depresión no han resultado efectivos.

La EMT no requiere cirugía o implante de electrodos. y, a diferencia de la terapia electroconvulsiva (TEC), la EMT no causa convulsiones ni requiere sedación con anestesia.

Los efectos secundarios por lo general son de leves a moderados y mejoran poco después de una sesión individual y disminuyen con el tiempo luego de sesiones adicionales. Pueden ser algunos de los siguientes:

- Dolor de cabeza
- Incomodidad en la zona de estimulación del cuero cabelludo

- Sensación de hormigueo, espasmos o movimientos espasmódicos de los músculos faciales
- Aturdimiento (Mayo, 2021).

Terapia cognitivo conductual (TCC): modelo c constituye hoy en día la modalidad psicoterapéutica más estudiada e investigada en el campo de la psicología. Dentro de este modelo destaca la Terapia Cognitiva, que es la intervención que ha mostrado mayor utilidad en el tratamiento de la depresión.

Este abordaje terapéutico incluye una serie de técnicas de intervención que se podrían resumir en: técnicas conductuales (activación conductual, técnicas de afrontamiento), técnicas emotivas y técnicas de reestructuración cognitiva.

La TCC puede adoptar diversos formatos: individual, grupal o familiar, y recientemente se han desarrollado estrategias que pretenden mejorar el acceso a la psicoterapia. (clínica, 2018)

VI Resumen de caso clínico

Valoración clínica del cuidado por **patrones funcionales de M. Gordon**

La siguiente valoración clínica por patrones funcionales se realiza a paciente femenina de 21 años de edad en la consulta de las instalaciones del servicio médico de su empresa con diagnóstico de depresión mayor por más de 3 años de evolución.

Paciente femenina que asiste a revisión por presentar un cuadro de ansiedad, realizando movimientos repetitivos en miembros superiores, alerta cooperadora al manejo, orientada en sus tres esferas, con T/A 100/60mmHg, frecuencia respiratoria 16 latidos por minuto, frecuencia cardiaca 91 latidos por minuto, spO2 97%, T°36.4, con higiene y aliño adecuada, con complexión endomórfica, sin alguna lesión aparentemente.

Ella ha estado mantenida en observación en repetidas ocasiones por presentar la misma sintomatología y que por lo cual repercute en su área laboral como operadora que realiza encintado de arneses.

Ella fue diagnosticada como paciente psiquiátrico por presentar depresión mayor mediante un test de "Hamilton" y se ha venido manteniendo controlada continuamente mediante estos medicamentos: Carbamazepina 200mg con función de estabilizador del ánimo, Lamotrigina 100mg como antidepresor , Clonazepam 1mg para ayudar a disminuir síntomas de irritabilidad y ansiedad.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN
Nombre: R.M.Z.L.
Género: Femenino
Lugar de nacimiento: San Luis Potosí, S.L.P
Estado Civil: Soltera
Lugar de residencia: Villa de Reyes, San Luis Potosí, S.L.P
Idioma: español
Ocupación: Operadora en zona industrial.
Edad: 21 años
Fecha de nacimiento: 07 de junio 2000
Escolaridad: preparatoria
Alergia: Penicilina
Diagnóstico: Trastorno depresivo mayor.

VII Valoración por patrones funcionales.

Patrón 1: Percepción-Manejo de la salud:

Se trata de Paciente femenino R. M. Z. L originaria de villa de reyes, San Luis Potosí de 21 años de edad, acude a valoración en el servicio médico de la empresa donde labora actualmente, en distintas ocasiones ha sido mantenida en observación por cuadros de ansiedad dentro de sus horas laborales al interrogatorio la paciente nos hace mención que cuenta con diagnóstico de: trastorno depresivo mayor de 3 años de evolución, actualmente con buen apego al tratamiento farmacológico de carbamazepina 200mg, lamotrigina 100mg, clonazepam 1mg, ella refiere tener conocimiento de su enfermedad.

Su fecha de nacimiento el 07 de junio del 2000, estado civil soltera, refiere haber vivido con su pareja por 1 año 5 meses por lo cual no se llevó bien y decidió regresar a vivir con su mamá, y junto con su hija de 5 meses de edad, refiere ser la hermana más pequeña de 5 hermanos, niega toxicomanías, cuenta con esquema de vacunación completo, niega transfusiones sanguíneas, refiere contar con todos los servicios públicos con vivienda hecha de material perdurables, menciona que identifica su enfermedad a conflictos familiares, no cuenta con figura paterna, problemas y maltrato conyugales y problemas durante y posterior a embarazo, refiere sentir mejoría a la toma del medicamento de carbamazepina 200mg, lamotrigina 100mg, clonazepam 1mg.

Considerando su estado de salud buena, con actitud de aceptación y conocimiento frente a su enfermedad, con buena adaptación al régimen terapéutico, refiere comenzar con ayuda de personal sanitario de psicología y reducción de personas y situaciones que le generen un mal estado emocional.

Refiere consumo de alcohol ocasional 1 vez por mes, niega consumo de tabaco, se realiza estudio de papanicolau en febrero del 2020 sin alguna alteración, cuenta con esquema de vacunación completo, refiere asiste una vez al mes a consulta con su médico tratante.

Valoración Física

A la valoración física se encuentra ansiosa, con movimientos involuntarios, juega con su cabello y risas nerviosas, consiente, orientada en sus 3 esferas, cooperadora al manejo.

Sin embargo menciona presentar miedo, inseguridad, ansiedad y estrés cuando se encuentra en su trabajo debido a problemas que en ocasiones presenta con su supervisora y con miedo a participar en actividades sociales por la condición de su enfermedad, es alérgica a penicilina, con signos vitales dentro de parámetros normales, presión arterial 100/60mmHg, frecuencia respiratoria 16 latidos por minuto, frecuencia cardiaca 91 latidos por minuto, Temperatura de 36.4°C y saturación de oxígeno de 97%.

Su tratamiento actual es:

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Vía
Carbamezepina	200mg	Cada 12 horas	V.O
Lamotrigina	100mg	Cada 24 horas	V.O
Clonazepam	1mg	Cada 24 horas	V.O

Patrón 2: Nutricional-Metabólico:

Paciente con talla actual de 1.60 cm y peso: 76.6 kg con índice de masa corporal de 29.9 clasificado con sobrepeso, temperatura de 36.9°C, sin buenos hábitos dietéticos realizando de 2 a 3 comidas diarias dependiendo en que turno se encuentre en su trabajo, preferencias alimenticios como comida chatarra (papas, galletas, dulces).

Refiere no presentar dificultad para deglutir, niega alergias alimentarias, consume 2 litros de agua al día también incluye 1 refresco de 600ml al día, apetito aumentado y alimentos no tolerados como son los lácteos, pues menciona que al consumirlos le provoca malestar estomacal.

No cuenta con antecedentes de gastritis, colitis, ulcera gástrica sin alteraciones cualitativas de la ingesta ni alguna otra alteración de interés.

Valoración física

A la valoración física se observa mucosas orales hidratadas, articulación temporomandibular simétrica sin alguna lesión, dientes en buen estado y limpios, lengua limpia y sin lesiones con movimientos y fuerza de tono normal, amígdalas de tamaño y contractura normal, piel húmeda sin presencia de masas, simétrica y lisa a la inspección y palpación normal.

Patrón 3: Eliminación:

Paciente refiere que dentro de las 24 horas micción de 5 a 7 veces, con características clara, Inolora, con buena cantidad, sin dolor o ardor al orinar, abdomen semigloboso y simétrico, piel uniforme, abdomen no doloroso a la palpación, refiere 2 evacuaciones al día de consistencia normal, no menciona tener algún problema de estreñimiento o diarrea, no requiere uso de enemas o laxantes.

Patrón 4: Actividad ejercicio:

Miembros superiores simétricos sin dolor ni molestia anatómica, arcos de movimientos conservados, no se observa alguna deformidad o limitaciones para los movimientos, realiza sus actividades cotidianas de manera normal, manifiesta mantener energía para realizar sus actividades, no presenta dificultad a la deambulaci3n, posici3n b3peda. No requiere uso de alg3n equipo auxiliar, actividades personales como ba1o y vestimenta lo realiza por s3 sola, en 3ndice de barthel sin dependencia para las actividades, con buena marcha a la deambulaci3n con tonicidad normal.

No realiza alg3n deporte o actividad f3sica debido a que siente miedo al realizar alguna actividad, m3s no descarta de m3s adelante realizar algunas actividades, su tiempo libre lo emplea con actividades dentro de casa con familiares e hija.

Frecuencia cardiaca 91 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 16 respiraciones por minuto, spO2 97%, auscultaci3n cardiopulmonar sin compromiso con presencia de simetr3a de movimientos tor3cicos, llenado capilar 2 segundos.

Patr3n 5: Cognitivo y Perceptual:

Femenino consciente, alerta, orientada en tiempo y forma, cooperadora al manejo, estado neurosensorial con pupilas isocoras reactivas a la luz sensorial, sin problemas de audici3n, papilas gustativas intactas, permeabilidad de narinas con identificaci3n de cualquier tipo de olor.

Al realizar la valoraci3n escala de Glasgow se obtuvo una puntuaci3n de 15 normal (anexo 6).

Menciona conocer su enfermedad y complicaciones ya que lleva tres a1os con el tratamiento.

Durante el interrogatorio se conserva una organizaci3n pensamiento con lenguaje coherente y organizado con buena expresi3n, lenguaje en cantidad: abundante con una velocidad r3pida, con memoria reciente y atenci3n central, Sin alguna otra alteraci3n.

No manifiesta presencia de alguna alucinación tanto visual como auditiva, no refiere algún delirio o ideas de daño.

Se realizaron dos escalas para valorar nivel depresivo de la paciente en la primera escala de Hamilton (Anexo 1), se obtuvo una puntuación de once refiriendo depresión ligera.

En la segunda escala de Beck (Anexo 2), se obtuvo una puntuación de siete donde estilos altibajos son considerados normales.

Patrón 6: Reposo y sueño:

Refiere alteraciones en descanso y sueño únicamente cuando lo relaciona por crisis de ansiedad que llega a presentar, su patrón de sueño se ve afectado ya que menciona que en el trabajo al rotar el tercer turno afecta su patrón del sueño ya que dice que tiene más dificultad para conciliarlo y descansa 5 horas al día.

Ocasionalmente toma siestas por las tardes, con presencia de insomnio inicial, sin presencia de pesadillas o alguna alteración en su patrón de descanso, con uso de fármaco clonazepam 1mg cada 24 horas.

Patrón 7: Autoimagen Auto concepto:

Su percepción en su estado emocional es adecuada pero en respecto a su imagen corporal con rechazo ya que comenta que ha cambiado mucho su aspecto físico después de su embarazo y la relación a sus crisis y trastorno, a su auto descripción femenina refiere errores e infravaloración de sí misma.

Menciona sentir ansiedad e irritabilidad también incompetencia, así como sentimiento de inferioridad y tristeza, no refiere ideas suicidas o episodios de autolesión, Sin otras alteraciones o datos de interés.

Estado afectivo eutímico, refiere buen estado de autoestima sin embargo en ocasiones llega a sentirse con pensamientos y sentimientos negativos, con estado afectivo algunas ocasiones triste y valencia negativa.

Patrón 8: Rol Relaciones:

Paciente madre soltera, menciona en ocasiones se le dificulta interactuar con otras personas y acude mayormente a su madre para instrucción sobre como socializar con los demás, menciona que en el rol de sus responsabilidades es satisfactorio, sin problemas familiares de interés, comenta tener una relación cordial y satisfactoria con los integrantes de su núcleo familiar, sin otros sentimientos respecto a dicha relación.

Actualmente la relación con el papá de su hija refiere ser de manera adecuada ya que comenta solo tratan temas sobre su hija.

Su familia principalmente su mamá y hermana mayor reaccionaron con sentimiento de preocupación y culpa al saber el diagnóstico de la paciente.

Desde su diagnóstico refiere ya no pasar tanto tiempo sola, con su madre es con quien mantiene mejor relación y comunicación.

Actualmente ya no participa en ninguna actividad social menciona no descarta el hacerlo en un tiempo más adelante, Renuncia a lactancia materna en su trabajo debido a que al estar dentro de la lactancia no podía rolar tiempos extras y poder continuar con su trabajo debido a que los medicamentos que toma como la lamotrigina y clonazepam pasan a la leche materna por lo cual podía haber la aparición de efectos secundarios, es por ello que renuncio a la lactancia y para poder obtener más ingreso económico.

Patrón 9: Sexualidad – reproducción:

Femenina con menarca a partir de los 13 años de edad, con patrón menstrual regular. Frecuencia c/28 días, duración de 3-4 días, sangrado de moderado, abundante. Dolor leve y FUM 10 Julio 2021.

Menopausia negada, sin cirugías, 1 embarazo por cesárea, actualmente con método de implante subdérmico.

Identidad sexual: heterosexual, refiere disminución de la libido, sin conductas de riesgo.

A la exploración de mamas ante la inspección se observan lisas y continuas de color uniforme, areolas de forma redonda, ambas mamas iguales y de perfil uniforme no refiere algún dolor a la palpación y en lo habitual, realiza citología cervical con resultado normal última vez realizado en febrero del 2020.

Patrón 10: Afrontamiento- tolerancia al estrés:

Femenina con estado de tensión y ansiedad presenta movimientos involuntarios juega con su cabello y risas involuntarias y sudoración, frecuencia cardiaca 91 latidos por minuto, T/A 130/90mmHg, refiere sentirse deprimida y con miedo por su situación de la enfermedad y situaciones del área laboral, refiere preocupación, menciona sentirse inquieta y menciona que tiene pensamientos de tristeza ocasionales asociándolo a sentimientos a su diagnóstico de depresión y por las cuadros de ansiedad que ha presentado en el último año debido a que en un tiempo suspendió el tratamiento por motivo de la lactancia materna, con síntomas de desesperanza, frustración e impotencia.

Paciente hace referencia y menciona en mejorar su afrontamiento ante sus problemas y utilizar técnicas que le ayuden a manejar el estrés y retoma su tratamiento farmacológico como también terapias por parte de personal sanitario de psicología 1 vez cada 15 días, Refiere su sistema de soporte es su familia, se observa motivación por parte de la paciente ya que hace referencia en el interés de realizar algunas actividades en el futuro.

Patrón 11: valores creencias:

De religión católica, menciona la religión es importante para ella ya que le genera tranquilidad al realizar actividades de esta religión, procura tener actividades religiosas como acudir a misa los domingos con su madre, pero por la pandemia han dejado de acudir tan rigurosamente a la iglesia, manifiesta en algunas ocasiones sentir preocupación por su enfermedad refiriendo específicamente por crisis que llega a presentar.



CRUZ ROJA
MEXICANA

CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA



VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): Afrontamiento tolerancia al estrés</p> <p>Datos objetivos: Sudoración Movimientos involuntarios Risas nerviosas Taquicardia Hipertensión 130/90mmHg</p> <p>Datos Subjetivos: Menciona sentir miedo Refiere preocupación Refiere sentirse inquieta</p>	<p>Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona), sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.</p> <p>Dominio:9 afrontamiento tolerancia al estrés</p> <p>Clase: 2 respuestas de afrontamiento</p> <p>Etiqueta diagnóstica: 00146 Ansiedad</p> <p>Factores(s) relacionado(s): Estrésores laborales</p> <p>Características definitorias: Angustia Preocupación Inquietud</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: 3 salud psicosocial		Clase: M bienestar psicosocial	
		Criterio de resultado: nivel de ansiedad			
		Indicador:	Puntuación inicial:	Puntuación Diana:	
(21105) Inquietud	3	5			
(121109) Indecisión	3	5			
(121117) Ansiedad	3	5			
		Escala de LIKERT 1.- Nunca demostrado 2.-Raramente demostrado 3.-A veces demostrado 4.- Frecuentemente demostrado 5.-Nunca demostrado			



CRUZ ROJA
MEXICANA



CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 3 conductual</p> <p>Clase: fomento de la comunicación psicológica</p> <p>INTERVENCION: Disminución de la ansiedad</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>1. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante</p> <p>2. Crear un ambiente que facilite la confianza</p> <p>3. Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones</p> <p>4. Ayudar al paciente a identificar situaciones que precipiten la ansiedad</p>	<p>Las recomendaciones ante evidencia del tratamiento combinado TCC (tratamiento cognitivo conductual) que nos brinda GPC de ansiedad son:</p>	Criterio de resultado: Nivel de ansiedad	
	<p>Se recomienda el tratamiento combinado de TCC y el tratamiento farmacológico, por su ventaja en términos de gravedad y cambio global de los síntomas, aunque se deben tener en cuenta las preferencias del paciente (Sanitarias, 2013).</p>	Indicador (es)	Puntuación final
	<p>En el tratamiento combinado, como TCC en los centros de salud, se recomiendan 7 sesiones durante 9 semanas, realizadas por profesionales entrenados en terapia cognitiva y relajación muscular progresiva. El paciente debe realizar, además, trabajo en casa. (Sanitarias, 2013)</p>	(121105)Inquietud	4
	<p>Se recomienda, en los centros de salud, terapia combinada que incluya intervenciones grupales, cognitivas y de relajación, en al menos 8 sesiones (1 por semana), realizadas de forma reglada y dirigidas por profesionales entrenados de los equipos de Atención Primaria. (Sanitarias, 2013)</p> <p>Hay evidencia de la efectividad, en cuanto a disminución de la sintomatología de la ansiedad, de las terapias combinadas en los centros de salud, que incluyan intervenciones grupales cognitivas y de relajación, llevadas a cabo por enfermería y/o trabajadores sociales (Sanitarias, 2013)</p>	(121109)Indecisión	4
	(121117)Ansiedad	3	<p>Escala de LIKERT</p> <p>1.- Nunca demostrado</p> <p>2.-Raramente demostrado</p> <p>3.-A veces demostrado</p> <p>4.-Frecuentemente demostrado</p> <p>5.-Nunca demostrado</p>

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANEACIÓN			
<p>Patrón (es): Rol-Relaciones</p> <p>Datos objetivos: Irritabilidad Inquietud</p> <p>Datos Subjetivos: Menciona no participar en actividades sociales. Menciona dificultad para interactuar.</p>	<p>Definición: Cantidad insuficiente o excesiva o calidad ineficaz de intercambio social.</p> <p>Dominio: 7 rol relaciones</p> <p>Clase: 3 desempeño del rol</p> <p>Etiqueta diagnóstica: 00052 Deterioro de la interacción social</p> <p>Factores(s) relacionado(s): Problema de comunicación</p> <p>Características definitorias: Deterioro del funcionamiento social Disconfort en las situaciones sociales Interacción disfuncional con los demás</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: 3 salud psicosocial		Clase: Interacción social	
		Criterio de resultado: Habilidades de interacción social			
		Indicador:	Puntuación inicial:	Puntuación Diana:	
(150203) Cooperación con los demás	3	5			
(1502012) Relaciones con los demás	2	5			
(1502016) Utilizar estrategias de resolución de conflictos	2	5			
<p>Escala de LIKERT</p> <p>1.- Nunca demostrado</p> <p>2.-Raramente demostrado</p> <p>3.-Aveces demostrado</p> <p>4.- Frecuentemente demostrado</p> <p>5.-Nunca demostrado</p>					



CRUZ ROJA
MEXICANA

CENTRO UNIVERSITARIO DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE CRUZ ROJA



INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 3 conductual</p> <p>Clase: terapia conductual/Potenciación de la comunicación Modificación de la conducta</p> <p>INTERVENCION: habilidades sociales potenciación de la solución</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>1.Ayudar al paciente a identificar los problemas interpersonales derivados al déficit de habilidad social</p> <p>2.Ayudar al paciente a identificar los resultados deseados de las relaciones o situaciones problemáticas</p> <p>3.Ayudar al paciente a escenificar las etapas conductuales</p> <p>4.Fomentar una mejora implicación en las relaciones ya establecidas</p> <p>5.Explorar los puntos fuertes y débiles del circulo actual de relaciones</p>	<p>En la GPC nos hace referencia que La terapia cognitivo conductual es la estrategia que ha probado ser más efectiva para reducir la sintomatología y prevenir la recurrencia. (Social, 2011).</p> <p>El tratamiento debe ser regular y continuo (al menos una vez por semana) y debe ser dado por el mismo terapeuta abordando la Técnica de habilidades sociales. Técnica de habilidades sociales. Analizar las conductas problemas y re entrenarlas. (SOCIAL, 2011),</p>	Criterio de resultado: Nivel de ansiedad	
		Indicador (es)	Puntuación final
		(150203) Cooperación con los demás	4
		(1502012) Relaciones con los demás	4
(1502016) Utilizar estrategias de resolución de conflictos	4		
		<p>Escala de LIKERT</p> <p>1.- Nunca demostrado</p> <p>2.-Raramente demostrado</p> <p>3.-Aveces demostrado</p> <p>4.-Frecuentemente demostrado</p> <p>5.-Nunca demostrado</p>	

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANEACION		
<p>Patrón (es): Afrontamiento tolerancia al estrés</p> <p>Datos objetivos: Motivación Interés</p> <p>Datos Subjetivos: Menciona realizar en un futuro actividades. Menciona recibir/adoptar el apoyo social y ayuda de personal sanitario.</p>	<p>Definición: Patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas que resulta suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.</p> <p>Dominio: 9 afrontamiento tolerancia al estrés</p> <p>Clase: 2 respuesta al afrontamiento</p> <p>Etiqueta diagnóstica: 00158 Disposición para mejorar el afrontamiento</p> <p>Características definitorias: Expresa deseos de mejorar el apoyo social Expresa deseos de mejorar el manejo de estresores Expresa deseos de mejorar el uso de estrategias orientadas a la solución de problemas</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		Dominio: 3 salud psicosocial	Clase: adaptación psicosocial	
		Criterio de resultado: Afrontamiento de problemas		
		Indicador:	Puntuación inicial:	Puntuación Diana:
(130207) Modificar el estilo de vida para reducir el estrés	3	5		
(130213) Evitar situaciones excesivamente estresantes	3	5		
(130223) Obtener ayuda de un profesional sanitario	2	5		
Escala de LIKERT 1.- Nunca demostrado 2.-Raramente demostrado 3.-Aveces demostrado 4.-Frecuentemente demostrado 5.-Nunca demostrado				

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 3 conductual</p> <p>Clase: R ayuda para el afrontamiento</p> <p>INTERVENCION: Apoyo emocional control del estado de animo</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>1. Animar al paciente a que exprese sentimientos de ira, tristeza</p> <p>2. Identificar la función de la ira y la rabia que puede ser de utilidad para el paciente</p> <p>3. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones</p> <p>4. Animar al paciente según pueda tolerarlo a relacionarse socialmente y realizar actividades con otros</p>	<p>La terapia cognitivo conductual es la estrategia que ha probado ser más efectiva para reducir la sintomatología y prevenir la recurrencia.</p> <p>Los programas en donde se incorpora la terapia cognitivo conductual se clasifican en tres grupos: Enfocado al trauma (tratamiento individual) Enfocado al manejo del estrés (tratamiento individual) Terapia de grupo. (Social, Guia de Practica Clinica, 2011)</p> <p>Se recomienda estrategias terapéuticas: Terapia de relajación. Terapia de relajación. Tiene como propósito alcanzar un estado de hiperventilación que contrarreste y ayude a controlar la ansiedad, por lo que se entrena al paciente en la relajación progresiva y / o el control de respiración. (Social, Guia de Practica Clinica, 2011)</p> <p>Técnica de auto control. Técnica de auto control Se trata de enseñar al paciente los principios que rigen la conducta no deseada, como autoobservación, auto refuerzo, autocastigo y control de estímulos. (Social, Guia de Practica Clinica, 2011)</p>	Criterio de resultado: Nivel de ansiedad	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>(130207) Modificar el estilo de vida para reducir el estrés</p> <p>(130213) Evitar situaciones excesivamente estresantes</p> <p>(130223) Obtener ayuda de un profesional sanitario</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>Escala de LIKERT 1.- Nunca demostrado 2.-Raramente demostrado 3.-A veces demostrado 4.-Frecuentemente demostrado 5.-Nunca demostrado</p>

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANEACION		
<p>Patrón (es): Reposo y sueño</p> <p>Datos objetivos: Insomnio inicial 5 horas de sueño cuando rola 3er turno. Clonazepam 1mg V.O cada 24 horas.</p> <p>Datos Subjetivos: Menciona dificultad para conciliar el sueño.</p>	<p>Definición: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento</p> <p>Dominio: 4 actividad/reposo</p> <p>Clase: 1 sueño/reposo</p> <p>Etiqueta diagnóstica: 00095 Insomnio</p> <p>Factores(s) relacionado(s): Ansiedad Depresión</p> <p>Características definitorias: Alteraciones en el patrón de dormir Dificultad para iniciar el sueño</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)		
		<p>Dominio: 1 salud funcional</p>	<p>Clase: Mantenimiento de la energía</p>	
		<p>Criterio de resultado: Descanso</p>		
		<p>Indicador: (000308) Descansado emocionalmente</p> <p>(000310) Aspecto de estar descansado</p>	<p>Puntuación inicial: 3 3</p>	<p>Puntuación Diana: 5 5</p> <p>Escala de LIKERT 1.- Nunca demostrado 2.-Raramente demostrado 3.-Aveces demostrado 4.-Frecuentemente demostrado 5.-Nunca demostrado</p>

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 3 conductual</p> <p>Clase: T fomento de la comodidad psicológica</p> <p>INTERVENCION: Terapia de relajación</p> <p>ACTIVIDADES</p> <ol style="list-style-type: none"> fomentar el sueño manejo de energía 	<p>Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación muscular).</p> <p>Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con temperatura agradable.</p> <p>Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal.</p> <p>Se recomienda la terapia conductual y cognitivo-conductual (TCC), en personas con insomnio; especialmente el control de estímulos y la restricción del tiempo en cama, apoyándolos con higiene del sueño. (GPC, 2018).</p>	Criterio de resultado: descanso	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>(000308) Descansado emocionalmente</p> <p>(000310) Aspecto de estar descansado</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>Escala de LIKERT</p> <ol style="list-style-type: none"> Nunca demostrado Raramente demostrado A veces demostrado Frecuentemente demostrado Nunca demostrado

VALORACION	DIAGNOSTICO	PLANEACION			
<p>Patrón (es): Nutricional metabólico</p> <p>Datos objetivos: Talla 1.60cm Peso 76.6kg IMC 29.9</p> <p>Datos Subjetivos: Menciona tener malos hábitos dietéticos Realiza 2 a 3 comidas incluyendo comida chatarra</p>	<p>Definición: Condición en la que un individuo acumula grasa excesiva o de manera anormal ara su edad y sexo.</p> <p>Dominio: 2 nutrición</p> <p>Clase: 1 ingestión</p> <p>Etiqueta diagnóstica: 00233 Sobre peso</p> <p>Factores(s) relacionado(s): Frecuencia de comida frita</p> <p>Características definitorias: Índice de masa corporal (IMC) >25kg/m2</p>	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)			
		Dominio: Ill salud psicosocial	Clase: Digestión y nutrición		
		Criterio de resultado: Estado nutricional			
		Indicador:	Puntuación inicial:	Puntuación Diana:	
(100401) ingesta de nutrientes	3	5			
(100402) ingesta de alimentos	3	5			
(100405) relación peso talla	3	5			
				<p>Escala de LIKERT</p> <p>1.- Nunca demostrado</p> <p>2.-Raramente demostrado</p> <p>3.-Aveces demostrado</p> <p>4.-Frecuentemente demostrado</p> <p>5.-Nunca demostrado</p>	

INTERVENCIONES (NIC) /GPC**	FUNDAMENTACIÓN DE LAS INTERVENCIONES	EVALUACIÓN	
<p>Campo: 1 fisiológico básico</p> <p>Clase: D apoyo nutricional</p> <p>INTERVENCION: Asesoramiento nutricional</p> <p>ACTIVIDADES</p> <p>1. determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.</p> <p>2. facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar.</p> <p>3. utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al paciente a valorar la convivencia del ingesta dietética.</p> <p>4. comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta.</p>	<p>El tratamiento dietético de la obesidad más recomendado es la dieta moderadamente hipocalórica equilibrada en macronutrientes, que considera un déficit calórico entre 500-1000 kcal/día al consumo dietético habitual o al requerimiento energético calculado.</p> <p>Hasta ahora no hay evidencia suficiente que sustente mayor eficacia y seguridad con otro tipo de estrategias dietoterapéuticas. (IMSS, 2013)</p>	Criterio de resultado: estado nutricional	
		Indicador (es)	Puntuación final
		<p>(100401) ingesta de nutrientes</p> <p>(100402) ingesta de alimentos</p> <p>(100405) relación peso talla</p>	<p>4</p> <p>4</p> <p>3</p> <p>Escala de LIKERT</p> <p>1.- Nunca demostrado</p> <p>2.-Raramente demostrado</p> <p>3.-A veces demostrado</p> <p>4.-Frecuentemente demostrado</p> <p>5.-Nunca demostrado</p>

VIII PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA

NOMBRE DEL (A) PACIENTE: Romo Muñiz Zuleima Lizeth

EDAD: 21 años SEXO: Femenino

DIAGNÓSTICO(S) MÉDICO: Trastorno depresivo mayor.

FECHA DE ELABORACIÓN: 06/08/2021

ASPECTO A DESARROLLAR	RECOMENDACIONES
COMUNICACIÓN (Nombre de la Institución o persona a quien acudir o llamar en caso de urgencia)	Pedir apoyo a los familiares. En caso de encontrarse en su lugar de trabajo acudir a servicio médico de la empresa, acudir a su UMF más cercana que corresponda a su delegación o alguna clínica de elección. Solicitar el apoyo de personal sanitario del área de psicología.
URGENTE (Identificación de signos de alarma o recaída)	Identificar si siente persistencia del estado de ánimo triste o de ansiedad, cambios en los hábitos de sueño, reducción del apetito o aumento del mismo, insatisfacción o desinterés en las actividades, inquietud o irritabilidad, pensamientos negativos o de autolesiones.
INFORMACIÓN (Conocimiento de su enfermedad y medidas de control)	Además del tratamiento proporcionado por su médico tratante ayudar al paciente a cumplir con su tratamiento, informarle sobre los signos de alarma: tristeza la mayor parte del día todos los días, agotamiento y falta de energía, falta de apetito y pérdida de peso, insomnio; ayudarla a evitar que viva eventos estresantes, apoyarla a promover objetivos realistas.
DIETA (Información relativa a la nutrición)	Paciente puede continuar con dieta normal, sugerencia de 3 comidas completas y 2 colocaciones basada en el plato del buen comer manteniendo una alimentación completa, equilibrada y suficiente ingiriendo verduras, frutas, cereales, leguminosas y alimentos de origen animal, añadiendo también la jarra del buen beber con

		una ingesta de agua recomendable de 6 a 8 vasos que es el equivalente a 2 y 2.5 litros.
AMBIENTE (Recomendaciones de mejora del entorno familiar, laboral y social)		<p>Identificar y realizar técnicas de habilidades que favorezcan a la interacción social, determinar la interpretación de su toma de decisiones, ayudar a identificar situaciones que desencadenen o agraven los sentimientos negativos y que agraven la ansiedad.</p> <p>Presentar a las personas que para ella son agradables para ayudarla a tener un pensamiento positivo, evitar personas negativas y toxicómanas para evitar convivir de ideologías o conductas que influyan negativamente en su proceso de mejora.</p> <p>Canalizarla a grupos de apoyo algunas recomendaciones son: amoxtli, centro terapéutico ubicado en avanzada #50 colonia tequis.</p> <p>Clínica fuerza para seguir ubicada en privada segunda sur #65.</p> <p>Psyque soluciones avanzadas en psicología ubicada en Fray diego de la magdalena #120.</p>
RECREACIÓN Y TIEMPO LIBRE (Prácticas recreativas saludables)		Ayudarla a ejercer actividades con más interés con apoyo de su familia, y que conozcan estrategias de afrontamiento ante algún problema, enseñarla a cómo realizar ejercicios de respiración o actividades de relajamiento como una actividad extra: yoga para el manejo de estrés.
MEDICAMENTO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	Y NO	Continuar con tratamiento farmacológico: clonazepam de 1mg una cada doce horas, lamotrigina de 100mg una cada veinticuatro horas, carbamezepina de 200mg una cada doce horas, informar a la familia sobre la importancia de la toma de tratamiento. Considerar herramientas de ayuda como: acudir a terapias de activación conductual o terapia de Mindfulness.

ESPRITUALIDAD (Orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto).	Continuar con su práctica de religión católica, tomar en cuenta el ingreso a grupos juveniles y sociales que brindan las religiones.
---	--

IX CONCLUSIONES

La realización de este trabajo de investigación se logró adquirir un aprendizaje significativo, considero que es interesante tratar pacientes con las características de la patología de depresión mayor, ya que hay aspectos primordiales que influyen en; la sociedad, la economía, el área laboral, familiar, sobre todo las situaciones traumáticas y principalmente la influencia de las redes sociales para que las personas en un preciso momento puedan caer en depresión.

Asimismo, se ha mencionado el impacto y la trasciende este trastorno sobre la vida personal, familiar y laboral de las personas.

Dentro del aprendizaje obtenido del proceso cuidado enfermero es haber aplicado y conocido detalladamente, de manera teórica, y sistemática el modelo teórico de J, Travelbee.

En cuanto a los resultados obtenidos se ha mantenido una respuesta por parte de la paciente en el tratamiento farmacológico de manera positiva; ya que respondió favorablemente y sin complicaciones siguiendo las indicaciones correspondientes.

Otro aspecto donde se observan los resultados de este proceso es que ha mejorado su conducta personal en diferentes aspectos: mejorando el afrontamiento a su toma de decisiones y al manejo a situaciones estresantes.

Todo esto se realiza por medio de estrategias de enfermería diseñadas conforme a las necesidades de la paciente aplicadas por medio del Proceso Cuidado Enfermero y con la ayuda oportuna de la familia.

Me motiva continuar conociendo más este tipo de patologías psiquiátricas; porque son muy interesantes y tiene un campo muy amplio de investigación manejando e incluyendo toda la esfera de la personalidad.

X REFERENCIAS

Achury, D. (enero de 2009). La historia del cuidado y su influencia en la concepcion y evolucion de la enfermeria. La historia del cuidado y su influencia en la concepcion y evolucion de la enfermeria, 8, 5-103. Recuperado el Agosto de 2021, de file:///C:/Users/Maria%20del%20Socorro/Downloads/1573-Texto%20del%20art%C3%ADculo-5030-1-10-20110805.pdf.

Alcázar, N. (8 de Mayo de 2017). Utilidad Práctica del modelo de Travelbee. Revista científica CODEM, 1-15. Recuperado el Agosto de 2021, de <https://www.codem.es/ponencias/utilidad-practica-modelo-travelbee-en-enfermeria-salud-mental>.

Angel, B. M. (abril de 2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. (Scielo, Ed.) Terapia Psicológica , 30(1), 5-13. Recuperado el agosto de 2021, de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100001.

Cabal, V. E. (1 de septiembre de 2021). Enfermería como disciplina. (Scielo, Ed.) Revista Cubana de Enfermería, 20(2), 1-8. Recuperado el Agosto de 2021, de Enfermería como disciplina: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007.

Carlos, S. J. (2013). Ansiedad, angustia y estrés. Revista Mal-estar E Subjetividade, 3(1), 15. Recuperado el Agosto de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>.

Carolina, R. G. (17 de diciembre de 2010). proceso de enfermería instrumento para el cuidado. Umbral científico (17), 1-7. Recuperado el Agosto de 2021, de proceso de enfermería instrumento para el cuidado: <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>.

Clinic, M. (29 de Julio de 2021). Estimulacion magnetica transcraneal. Mayo clinic , 1-3. Recuperado el Agosto de 2021, de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>.

Clinic, M. (septiembre de 2021). Trastorno Depresivo Mayor. Offarm, 26(8), 109-111. Recuperado el Agosto de 2021, de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-depresion-mayor-13109821>

Clínica, G. d. (2018). Depresión mayor en la infancia y adolescencia. Obtenido de Guía de práctica clínica.

Colomer, M. C. (Septiembre de 2007). Depresion mayor. Biomédica , 28(2), 10-20. Recuperado el Agosto de 2021, de Depresion mayor: <https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/557>.

Coryell, W. (Marzo de 2020). Manual MSD, trastornos depresivos. Manual version profesionales , 15. Recuperado el Agosto de 2021, de Manual MSD, trastornos depresivos: <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos>.

Cossio, A. R. (febrero de 2007). Trastornos Depresivos en la infancia. Revista Clínica de Medicina de Familia, 1(6), 8. Recuperado el Agosto de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/1696/169617626006.pdf>.

Cossio, R. d. (febrero de 2007). Trastornos Depresivos en la infancia. Revista Clínica de Medicina de Familia, 1(6), 8. Recuperado el Agosto de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/1696/169617626006.pdf>.

Enfermer, R. C. (junio de 2009). Enfermería como profesión. Revista cubana de enfermería, 25(1-2), 1-5. Recuperado el Agosto de 2021, de Enfermería como profesión: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000100010.

Fernandez, M. L. (2010). bases historicas y teoricas de enfermeria. Revista cubana de salud , 27(1), 3. Recuperado el Agosto de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662001000100002.

Firman, G. (3 de Noviembre de 2014). Criterios Diagnostico DSM-5 para trastorno depresivo mayor. salud mental, 22(9), 1-2. Obtenido de <https://medicalcriteria.com/web/es/5mdd/>.

Kuerten, P. (junio de 2008). Modelo de Cuidado ¿Qué es y como elaborarlo? Index de enfermería , 17(2), 8. Recuperado el Agosto de 2021, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200011.

Luis, A. J. (junio de 2010). Manual de Valoración de Patrones. Enfermería universitaria , 11(1), 5. Recuperado el Agosto de 2021, de <https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2016/02/MANUAL-VALORACION-NOV-2010.pdf>.

Montes, C. (Diciembre de 2003). La Depresion y su Etiologia: Una patologia compleja. La Depresion y su Etiologia(18), 8. Recuperado el Agosto de 2021, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=825625>.

Muñoz, L. F. (Marzo de 2015). DSM-5 Cambios significativos . DSM-5 Cambios significativos , 35(125), 1-7. Recuperado el agosto de 2021, de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352015000100008.

OMS. (13 de septiembre de 2021). Organización mundial de la salud depresion. La depresión: Un reto para toda la sociedad , 4. Recuperado el Agosto de 2021, de <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2017.v43n2/136-138/>.

Padilla, a. p. (agosto de 2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. Revista biomédica , 28(2), 1-15. Recuperado el Agosto de 2021, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-84472017000200073&script=sci_arttext#B19.

Pérez-Padilla. (Mayo-Agosto de 2016). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Revista biomédica* , 28(2), 4. Recuperado el Agosto de 2021, de *Revista Biomedica*: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-84472017000200073&script=sci_arttext.

Psiquiatria, a. a. (2005). prevalencia, causas y tratamiento de depresión mayor. *Revista biomédica* , 28(2), 7. Recuperado el Agosto de 2021, de *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-84472017000200073&script=sci_arttext#B21.

Purriños, M. (25 de Agosto de 2020). Escala de Hamilton- hamilton depression rating scale (HDRS). *escala hamilton* , 81, 4. Recuperado el Agosto de 2021, de <https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF>.

Ramirez, M. (2015). Martin Ramirez. *Revista biomédica* , 26(1), 10. Recuperado el Agosto de 2021, de <https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed/article/view/5/8>.

Ramirez, V. H. (Diciembre de 2003). Depresión: Fisiopatología y tratamiento. *Depresión: Fisiopatología y tratamiento*, 60(5), 57. Recuperado el Agosto de 2021, de <http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed7.pdf>.

Rojas, M. (junio de 2016). Proceso enfermero de tercera generación. *Enfermería universitaria* , 13(2), 1-5. Recuperado el Agosto de 2021, de *Proceso enfermero de tercera generación*: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632016000200124.

Salud, S. d. (Mayo de 2018). Modelo Del Cuidado De Enfermería. Secreteria de salud , 13(44-45), 3. Obtenido de http://www.cpe.salud.gob.mx/site3/programa/modelo_cuidado_enfermeria.html.

Sanitarias, A. L. (2013). Guía de Práctica Clínica, completa . Obtenido de Guía de Práctica Clínica: Guia de práctica clinica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria

Sierra Juan Carlos. (2003). Recuperado el julio de 2021, de <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>.

Slp.gob.mx. (06 de agosto de 2020). Pide Salud a la población atender de manera oportuna la depresión. Obtenido de Revista Mal-estar E Subjetividade.

Social, I. M. (2011). Guia de Practica Clinica. Obtenido de Diagnostico y manejo del estres: Guía de práctica clínica diagnostico y manejo del estrés postramático.

Wagner, F. A. (Febrero de 2018). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México, 35, 1-6. México: Scielo . Obtenido de Enfocando la depresión como problema de salud pública en México: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252012000100002&script=sci_arttext.

XI GLOSARIO DE TERMINOS

Anamnesis: proceso de la exploración clínica que se ejecuta mediante el interrogatorio para identificar personalmente al individuo, conocer sus dolencias actuales, obtener una retrospectiva de él y determinar los elementos familiares, ambientales y personales relevantes.

Astenia: Debilidad o fatiga general que dificulta o impide a una persona realizar tareas que en condiciones normales hace fácilmente.

Agitación psicomotora: estado de hiperactividad motora incomprensible para el observador, dado el contexto situacional en el que se produce y la ausencia de intencionalidad aparente.

Ansiedad psíquica: se presenta cuando una persona siente una ansiedad extrema exagerada a causa de síntomas físicos, la persona tiene pensamientos, sensaciones y comportamientos tan intensos relacionados con los síntomas que siente que no puede hacer algunas de las actividades de su vida daría.

Ansiedad generalizada: ansiedad constante y aguda que interfiere en las actividades cotidianas.

Circadiano: Que ocurre cada día aproximadamente a la misma hora.

Citocinas: tipo de proteína que elaboran ciertas células inmunitarias y no inmunitarias, y que tienen un efecto en el sistema inmunitario.

Etiopatogénicos: Origen o causa del desarrollo de una patología.

Isocóricas: del mismo tamaño. Habitualmente se utiliza el término para referirse a la igualdad de las dos pupilas de los ojos.

Insomnio: falta anormal de sueño y dificultad para conciliarlo, que se sufre en el momento en que corresponde dormir.

Inferioridad: cualidad o situación de una cosa o persona que es inferior a otra en calidad, cantidad, rango e importancia.

Insomnio precoz: en el paciente se despierta antes de la hora habitual de hacerlo y no puede volver a conciliar el sueño, es un insomnio propio de la depresión.

Inhibición Psicomotora: trastorno psicomotor caracterizado por una reducción o retención del movimiento e hipertonia, y se expresa en el plano psíquico como pasividad y timidez.

Introspección: observación que una persona hace de su propia conciencia o de sus estados de ánimo para reflexionar sobre ellos.

Hipocondriaco: obsesión con la idea de tener una enfermedad grave no diagnosticada.

Micción: acción de orinar.

Minusvalía: Disminución de valor de una cosa, especialmente un bien inmueble, por circunstancias extrínsecas.

Piloerección: Contracción involuntaria de los músculos erectores de los folículos pilosos y que provoca que el pelo se levante sobre la piel.

Taquicardia: velocidad excesiva del ritmo de los latidos del corazón.

Zozobra: Sentimiento de trsiteza, angustia o inquietud de quien teme algo.

FUM: Fecha de ultima menstruación

TDM: trastorno depresivo mayor

DSM: diagnóstico y manual estadístico de trastornos mentales.

XII ANEXOS

Anexo 1.-

Escala de Hamilton – Hamilton Depresión Rating Scale (HDRS)

<p>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente. - Estas sensaciones las relata espontáneamente. - Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto). - Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea. 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Sentimientos de culpa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente. - Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones. - Siente que la enfermedad actual es un castigo. - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza. 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Suicidio</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ausente -Le parece que la vida no vale la pena ser vivida. -Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir. -Ideas de suicidio o amenazas. -Intentos de suicidio (cualquier intento serio). 	<p>0 1 2 3 4</p>

<p>Insomnio precoz</p> <ul style="list-style-type: none"> - No tiene dificultad. - Dificultad ocasional para dormir, por ej. Más de media hora el conciliar el sueño. - Dificultad para dormir cada noche 	<p>0 1 2</p>
<p>Insomnio intermedio</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad. - Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche. - Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar). 	<p>0 1 2</p>
<p>Insomnio tardío</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad. - Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir. - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama 	<p>0 1 2</p>
<p>Trabajo y actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad. - Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos). - Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación). - Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad. - Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda. 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palabra y pensamiento normales. - Ligero retraso en el habla. - Evidente retraso en el habla. 	<p>0 1 2 3 4</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para expresarse. - Incapacidad para expresarse. 	
<p>Agitación psicomotora</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Juega con sus dedos - Juega con sus manos, cabello, etc. - No puede quedarse quieto ni permanecer sentado. - Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios. 	0 1 2 3 4
<p>Ansiedad psíquica</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Tensión subjetiva e irritabilidad. - Preocupación por pequeñas cosas. - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla. - Expresa sus temores sin que le pregunten. 	0 1 2 3 4
<p>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Ligera - Moderada - Severa - Incapacitante 	0 1 2 3 4

<p>Síntomas somáticos gastrointestinales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen. - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales. 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p>
<p>Síntomas somáticos generales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2. 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
<p>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Débil - Grave 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
<p>Hipocondría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Preocupado de sí mismo (corporalmente) - Preocupado por su salud - Se lamenta constantemente, solicita ayuda 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>
<p>Pérdida de peso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 1 Kg. en una semana 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p>
<p>Introspección</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se da cuenta que está deprimido y enfermo - Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. - No se da cuenta que está enfermo 	<p>0</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p>

Es una escala diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido.

Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

“Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52.

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23” (Purriños, 2020).

Anexo 2.-

Inventario de depresión de Beck

1.-	<p>No me siento triste</p> <p>Me siento triste.</p> <p>Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.</p> <p>Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p>
2.-	<p>No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.</p> <p>Me siento desanimado respecto al futuro.</p> <p>Siento que no tengo que esperar nada.</p> <p>Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.</p>
3-	<p>No me siento fracasado.</p> <p>Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.</p> <p>Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.</p> <p>Me siento una persona totalmente fracasada.</p>
4.-	<p>Las cosas me satisfacen tanto como antes.</p> <p>No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p>Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.</p> <p>Estoy insatisfecho o aburrido de todo.</p>

5.-	<p>No me siento especialmente culpable.</p> <p>Me siento culpable en bastantes ocasiones.</p> <p>Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.</p> <p>Me siento culpable constantemente.</p>
6.-	<p>No creo que esté siendo castigado.</p> <p>Me siento como si fuese a ser castigado.</p> <p>Espero ser castigado.</p> <p>Siento que estoy siendo castigado.</p>
7.-	<p>No estoy decepcionado de mí mismo.</p> <p>Estoy decepcionado de mí mismo.</p> <p>Me da vergüenza de mí mismo.</p> <p>Me detesto.</p>
8.-	<p>No me considero peor que cualquier otro.</p> <p>Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.</p> <p>Continuamente me culpo por mis faltas.</p> <p>Me culpo por todo lo malo que sucede.</p>
9.-	<p>No tengo ningún pensamiento de suicidio.</p> <p>A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.</p> <p>Desearía suicidarme.</p> <p>Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p>
10.-	<p>No lloro más de lo que solía llorar.</p> <p>Ahora lloro más que antes.</p> <p>Lloro continuamente</p> <p>Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.</p>
11.-	<p>No estoy más irritado de lo normal en mí.</p> <p>Me molesto o irrito más fácilmente que antes.</p> <p>Me siento irritado continuamente.</p> <p>No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.</p>
12.-	<p>No he perdido el interés por los demás.</p> <p>Estoy menos interesado en los demás que antes.</p> <p>He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.</p> <p>He perdido todo el interés por los demás.</p>

13.-	<p>Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.</p> <p>Evito tomar decisiones más que antes.</p> <p>Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.</p> <p>Ya me es imposible tomar decisiones.</p>
14.-	<p>No creo tener peor aspecto que antes</p> <p>Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.</p> <p>Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.</p> <p>Creo que tengo un aspecto horrible.</p>
15.-	<p>Trabajo igual que antes</p> <p>Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.</p> <p>Tengo que obligarme mucho para hacer algo</p> <p>No puedo hacer nada en absoluto.</p>
16.-	<p>Duermo tan bien como siempre</p> <p>No duermo tan bien como antes</p> <p>Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.</p> <p>Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.</p>
17.-	<p>No me siento más cansado de lo normal.</p> <p>Me canso más fácilmente que antes.</p> <p>Me canso en cuanto hago cualquier cosa</p> <p>Estoy demasiado cansado para hacer nada.</p>
18.-	<p>Mi apetito no ha disminuido</p> <p>No tengo tan buen apetito como antes</p> <p>Ahora tengo mucho menos apetito</p> <p>He perdido completamente el apetito.</p>
19.-	<p>Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.</p> <p>He perdido más de 2 kilos y medio.</p> <p>He perdido más de 4 kilos.</p> <p>He perdido más de 7 kilos.</p> <p>Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.</p>

20.-	<p>No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.</p> <p>Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.</p> <p>Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.</p> <p>Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.</p>
21.-	<p>No he observado ningún cambio reciente en mi interés.</p> <p>Estoy menos interesado por el sexo que antes.</p> <p>Estoy mucho menos interesado por el sexo.</p> <p>He perdido totalmente mi interés por el sexo.</p>

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación	nivel de depresión
1 a 10	Estos altibajos son considerados normales.
11 a 16	Leve perturbación del estado de ánimo.
17 a 20	Estados de depresión intermitentes.
21 a 30	Depresión moderada.
31 a 40	Depresión grave.
más de 40	Depresión extrema.

Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional (Angel, 2012).

Anexo 3.-

Escala de Hamilton para Ansiedad (HARS)

<p>Esta escala especifica la severidad de los síntomas ansiosos en aquellos pacientes diagnosticados con alguno de los trastornos de ansiedad.</p> <p>En su diseño, la escala es precedida de unas breves instrucciones para el médico o el entrevistador en las que se precisa el rango de puntuación según la intensidad de los síntomas a saber: ausente = 0; leve = 1 ; moderado = 2; severo = 3; y grave o totalmente incapacitado = 4</p>	
1.- Humor ansioso	Inquietud, espera de lo peor, aprehensión, (anticipación temerosa), irritabilidad

2.- Tensión	Sensación de tensión, fatigabilidad, sobresaltos, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un solo lugar, incapacidad de relajarse
3.- Miedos	A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a la multitud
4.- Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas, terrores nocturnos
5.- Funciones intelectuales	Dificultad en la concentración, mala memoria.
6.- Humor depresivo	Falta de interés, no disfrutar ya con los pasatiempos, tristeza, insomnio de madrugada, variaciones de humor durante el día
7.- Síntomas somáticos (musculares)	Dolores y cansancio muscular, rigidez, sacudidas mioclónicas, chirrido de dientes, voz poco firme, tono muscular aumentado
8.- Síntomas somáticos generales (sensoriales)	Zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.
9.-Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos
10.- Síntomas respiratorios	Peso u opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea
11.-Síntomas gastrointestinales	Dificultad para deglutir, meteorismo, dolor abdominal, náusea, vómitos, borborigmo, sensación de estómago vacío, pérdida de peso, estreñimiento.
12.-Síntomas genitourinarios	Micciones frecuentes, urgencia de micción, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida del apetito sexual, disfunción eréctil.
13.- Síntomas del sistema nervioso vegetativo	Boca seca, accesos de rubor, palidez, transpiración excesiva, vértigo, cefalea por tensión, erectismo piloso.
14.- Comportamiento agitado durante la entrevista	Agitado, inquieto o dando vueltas, manos temblorosas, ceño fruncido, facies tensa, suspiros o respiración agitada, palidez, tragar saliva, eructos, rápidos movimientos de los tendones, midriasis, exoftalmos.
<p>No existen puntos de corte para distinguir población con y sin trastornos de ansiedad, dado que su calificación es de 0 a 56 puntos, el resultado debe interpretarse cualitativamente en términos de intensidad y de ser posible diferenciar entre la ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y la ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ➤ Una puntuación mayor o igual a 15 corresponde a ansiedad moderada/grave (amerita tratamiento). • ➤ Una puntuación de 6 a 14 corresponde a ansiedad leve. • ➤ Una puntuación de 0 a 5 corresponde a ausencia o remisión del trastorno. 	

Anexo 4.-

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.				
Señale una respuesta en cada uno de los 21 rubros	Poco o nada (0)	Más o menos (1)	Moderadamente (2)	Severamente (3)
1.- Entumecimiento, hormigueo				
2.- Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3.- Debilitamiento de las piernas				
4.- Dificultad para relajarse				
5.- Miedo a que pase lo peor				
6.- Sensación de mareo				
7.- Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
8.- Inseguridad				
9.- Terror				
10.- Nerviosismo				
11.- Sensación de ahogo				
12.- Manos temblorosas				
13.- Cuerpo tembloroso				
14.- Miedo a perder el control				
15.- Dificultad para respira				
16.- Miedo a morir				
17.- Asustado				
18.- Indigestión o malestar estomacal				
19.- Debilidad				
20.- Ruborizarse, sonrojamiento				
21.- Sudoración no debida al calor				
No existe punto de corte aceptado para distinguir entre población normal y ansiedad. La puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25.7 y en sujetos normales es de 15.8.				

Anexo 5.-

Tratamiento del trastorno depresivo mayor

Medicamentos antidepresivos indicados en el tratamiento						
Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo	Efectos adversos	Interacciones	Contraindicaciones
Amitriptilina	100 mg al día	25 mgs/envase con 50 tabletas y de 50mg con 20 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Estreñimiento, retención urinaria, sequedad de boca, visión borrosa, somnolencia, sedación, debilidad, cefalea, hipotensión ortostática.	Aumenta el efecto hipertensivo con adrenalina. Disminuye su efecto con los barbitúricos. Con inhibidores de la monoaminoxidasa puede ocasionar excitación grave, y convulsiones.	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco o a los antidepresivos tricíclicos. Uso no aconsejado en pacientes con: Retención urinaria y estreñimiento Con alto riesgo suicida (por toxicidad en sobredosis) Cardiópatas Múltiples medicaciones
Anfebutamona	150 a 300mg día	150mgs/envase con 15 y 30 tabletas o grageas de liberación prolongada	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta mínimo de 6 meses	Efectos neurológicos, como temblores, crisis epilépticas, cefalea, insomnio y alteración, gastrointestinal.	Interacciona en asociación con litio potencializando el riesgo de convulsiones Riesgo de toxicidad asociada a risperidona	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco Trastorno psicóticos No aconsejable en pacientes con crisis convulsivas, Traumatismo de cráneo
Citalopram	20 a 60mg	20mg, envase con 14 o 28 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta mínimo de 6 meses	Aumento de apetito y/o de peso, agitación, nerviosismo, disminución de la libido, ansiedad, alteraciones del sueño	Litio (Síndrome Serotoninérgico), alcohol, medicamentos que disminuyan umbral convulsivo, ADT, NLP de 1ª, Generación, Ketoconazol, Itraconzol, EritromicinaBupropión, Omeprazol.	Insuficiencia Renal Crónica, Insuf. Hepática, Embarazo, Lactancia.

Fluoxetina	20mg día	20 mg capsulas, comprimidos, solución, envase con 10, 20 y 40 tabletas o cápsulas Capsula de 90 mg de liberación prolongada (dosis semanal)	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Nerviosismo, ansiedad, insomnio, bradicardia, arritmias, congestión nasal, trastornos visuales, malestar respiratorio, disfunción sexual, retención urinaria, reacciones de hipersensibilidad	Con warfarina y digitoxina se potencian sus efectos adversos, Incrementa el efecto de los depresores del sistema nervioso central. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida. Pueden bloquear el efecto analgésico de la codeína e incrementar los niveles de este fármaco, Pueden incrementar niveles de beta bloqueadores Tienen efecto sobre el sistema microsómico hepático (citocromo P450) Interacciona con hipoglucemiantes orales, favorece hipoglucemia por un aumento del efecto de hipoglucemiantes	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco
Imipramina	100mg al día	10mg, 25, 50 mg, /envase con 60 tabs. La de 10 mg y de 20 tabs. para las otras presentaciones	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Insomnio, sedación, sequedad de mucosas, mareo, estreñimiento, visión borrosa, hipotensión o hipertensión arterial, taquicardia, disuria.	Con inhibidores de la MAO aumentan los efectos adversos. Puede bloquear el efecto de la guanetidina y clonidina; potencia la depresión producida por el alcohol.	Hipersensibilidad al fármaco o a los antidepresivos tricíclicos. Uso no aconsejado en pacientes con: Retención urinaria y estreñimiento Con alto riesgo suicida (por toxicidad en sobredosis) Cardiópatas Múltiples medicaciones

Paroxetina	25 mg al día	20 mgs y 25 mg / envase con 10 y 20 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta Mínimo de 6 meses	Náusea, somnolencia, cefalea, estreñimiento, sudoración, temblor, astenia, disfunción sexual, hipotensión postural.	Incrementa el efecto de los IMAO, antidepresivos tricíclicos, fenotiacinas, diuréticos y anti arrítmicos. Aumenta los efectos adversos de los digitálicos. Con triptanos (sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida. También pueden bloquear el efecto analgesico de la codeína e incrementar los niveles de este fármaco, incrementan niveles de beta bloqueadores Aumento de niveles de antipsicóticos	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco.
Reboxetina	8 a 12 mg día	Tabletas de 4 mg envase con 30 y 60 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta mínimo de 6 meses	Hipotensión leve relacionada con la dosis, insomnio, sequedad de boca, estreñimiento, sudoración, retención urinaria, taquicardia y vértigo	Ketoconazol incrementa los niveles en plasma de la reboxetina	Hipersensibilidad al fármaco
Sertralina	100mg al día	50 mgs y 100mg / envase con 14 cápsulas o tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta. Mínimo de 6 meses	Náusea, diarrea, dolor abdominal, mareo, hipotensión arterial, palpitaciones, edema, disfunción sexual masculina.	Con warfarina aumenta efectos anticoagulantes por desplazamiento de proteínas plasmáticas. Disminuye la eliminación de diazepam y sulfonilureas. Con triptanos (sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico Pueden bloquear el efecto analgesico de la codeína e incrementar los niveles de este fármaco, incrementan niveles de beta bloqueadores	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco, epilepsia,

Venlafaxina		37.5mg, 75 mg/envase con 10 cápsulas de liberación prolongada Comprimidos de 37.5mg, 75mg y 150mg con 20 tabletas	Mínimo de 8 semanas para inicio de respuesta. Mínimo de 6 meses	Nauseas sudoración, transitorios, cefalea, alteración de la acomodación visual, sequedad de boca e insomnio, Astenia, fatiga, En algunos casos con dosis de 200mg al día pueden presentar HTA, y de la FC disminución del apetito náusea.	Con inhibidores de la MAO, indinavir, warfarina, etanol y haloperidol. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.	Riesgo en el embarazo. Hipersensibilidad al fármaco. No aconsejable en pacientes en hipertensión límite o de difícil control
Carbonato de Litio	300 a 600mg/día ajustándose la dosis de acuerdo a niveles séricos	Tabletas de 300mg. Envase con 50 tabletas	Se ajusta de acuerdo a la evolución.	Náusea, vómito, somnolencia, temblor, fatiga, leucocitosis, diabetes insípida nefrogénica, hiperglucemia, Tiroiditis hiponatremia, atrofia de nefronas y fibrosis glomerular.	Aminofilina, Bicarbonato y Cloruro de sodio, Carbamazepina, Probenecid, Indometazina, Metildopa y Piroxicam.	Hipersensibilidad al fármaco, asma, abdomen agudo, hipercapnia, ileo paralítico, enfermedad hepática o tiroidea y sensibilidad conocida a oxycodona y opiáceos.
Lamotrigina	Se inicia con 25 mg incrementándose a 50mg cada 2 semanas hasta llegar a 200mg al día.	Tabletas de 25 o 100mg, envase con 28	Se ajusta de acuerdo a la evolución	Cefalea, fatiga, erupción cutánea, náusea, mareo, somnolencia e insomnio, Síndrome de Stevens-Johnson.	Otros antiepilépticos incrementan su metabolismo.	Hipersensibilidad al fármaco.
Levotiroxina	De 50 a 200ug incrementando en dosis de 25ug. Se administra en dosis única.	Caja con 100 tabletas de 0.100mg	De acuerdo a respuesta.	Taquicardia, arritmia, angina de pecho, nerviosismo, insomnio, temblor, pérdida de peso, irregularidades menstruales.	Fenitoína, Ácido acetil-salicílico, antidepresivos tricíclicos y con digitálicos. Disminuye el efecto de la Colestiramina	Diabéticos, pacientes anticoagulados, insuficiencia cardíaca o coronaria, IAM, Angina de pecho, Hipertensión arterial descompensada, insuficiencia córtico-suprarrenal, insuf. Pituitaria, intolerancia

Metilfenidato	De 10 a 90mg divididos en 3 tomas.	Envase con 30 comprimidos de 10mg	De acuerdo a respuesta.	Cefalea, dolor estomacal, pérdida de apetito, insomnio, vómito, visión borrosa.	Inhibe el mecanismo de anticoagulantes cumarínicos, de anticonvulsivos y de antidepresivos ISRS	Hipersensibilidad al fármaco, glaucoma, hipertensión, ansiedad. Vigilancia hematológica en tratamiento prolongado.
Olanzapina	De 5 a 20mg al día	Envase con 14 y 28 tabletas de 10mg	De acuerdo a respuesta.	Somnolencia, aumento de peso, vértigo, acatisia, edema, hipotensión ortostática, resequeced de boca y estreñimiento. Aumenta niveles de prolactina y puede ocasionar galactorrea	Incremento de su eliminación con Carbamazepina, efecto aditivo on alcohol. Se debe administrar con precaución en pacientes diabéticos.	Hipersensibilidad al fármaco e hipotensión arterial.
Quetiapina	100 a 150mg cada 12 horas.	Caja con 60 tab. De 100mg	Mínimo 6 meses	Astenia, boca seca, rinitis, dispepsia, somnolencia, aumento de peso.constipación intestinal.	Incrementa efecto hipotensor, anestésicos generales, Metildopa y analgésicos opiodes, alcohol, Incrementa efecto sedante, antagonisa con Anticonvulsivantes, incrementa riesgo de arritmia cardíaca.	Crisis Epiléptica, Síndrome Neuroléptico Maligno, Hipersensibilidad al fármaco, Menores de 16 años.
Risperidona	1 a 2mg cada 12 hrs.	Caja con 40 tabletas de 2mg	De acuerdo a la respuesta terapéutica	Distonía aguda, Síndrome extrapiramidal, acatisia, temblor perioral, síndrome neuproléptico maligno, incremento de peso, discrasias sanguíneas	Incrementa efecto depresor (sedantes, alcohol, antihistamínicos y opiáceos. Inhibe acción de agonistas dopaminérgicos.	Hipersensibilidad al fármaco, Depresión de médula ósea.
Valproato de Mg	Se inicia con 15mg/Kg al día dividida en 3 tomas y ajustándose de acuerdo respuesta.	Caja con 40 tabletas de 200mg	De acuerdo a respuesta terapéutica.	Náusea, vómito, sedación, cefalea, ataxia, somnolencia, debilidad, hepatitis.	Disminuye su concentración plasmática al usarse con Fenitoína y con Fnoarbital	Hipersensibilidad al fármaco, embarazo e insuficiencia hepática.

Anexo 6.-

Escala de Glasgow

La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente en la evaluación de tres criterios de observación clínica: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. Cada uno de estos criterios se evalúa mediante una subescala. Cada respuesta se puntúa con un número. En esta escala el estado de conciencia se determina sumando los números que corresponden a las respuestas del paciente en cada subescala.

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

puntuación:	15 normal
	<9 gravedad
	3 coma profundo