

37
2 ej^o



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA
DEPRESION MAYOR E IDEAS
SUICIDAS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y
OBSTETRICIA

P R E S E N T A

MARIA DE LOURDES TORRES CARRASCO

ASESORA ACADEMICA: LIC. MARTHA BEATRIZ MORALES RODRIGUEZ

U. N. A. M.
ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

MEXICO, D. F.,

ABRIL DE 1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

REGISTRADO EN EL
REGISTRO NACIONAL DE SERVICIOS
DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
TECNICO EN ENFERMERIA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A MI ESPOSO E HIJOS.

LIC. MARTHA BEATRIZ MORALES RODRIGUEZ

**Y A TODAS LAS PERSONAS
POR SU APOYO INCONDICIONAL, ENTUSIASMO Y PACIENCIA .**

POR SU CONTRIBUCION EN LA ELABORACIÓN DE ESTE TRABAJO.

**“ EL MUNDO ES UNA OBRA DE ARTE
ABSTRACTO,
CADA UNO LO VE COMO LO QUIERE VER.
ES UN JARDÍN DE ROSAS Y TAMBIÉN UN
MATORRAL DE ARBUSTOS
CON ESPINAS Y YERBAS VENENOSAS ”**

INDICE

INTRODUCCION	1
I. MARCO TEÓRICO	3
1. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO.	
1.1. Factores que determinan la diferenciación del Sistema Nervioso	3
1.2. Principales etapas en el desarrollo del Sistema Nervioso.	4
1.3. El impulso nervioso. La Sinapsis.	
1.3.1. Conducción del impulso nervioso.	5
1.3.2. La sinapsis.	7
1.3.3. Principales aspectos funcionales de la sinapsis.	8
1.3.4. Mediadores químicos de la transmisión sináptica.	9
1.3.5. Fenómenos que ocurren en la sinapsis.	10
1.4. Influencia de los neurotransmisores en la conducta y las emociones del ser humano	11
2. DEPRESIÓN	
2.1 Historia.	14
2.2 Clasificación.	14
2.3 Epidemiología	
2.3.1. Incidencia y Prevalencia	16
2.3.2. Sexo.	16
2.3.3. Clase Social	16
2.3.4. Estado Civil	17

2.3.5. Edad	17
2.3.6. Raza	17
2.3.7. Historia Familiar	17
2.3.8. Recurrencias	17
2.4. Causas.	
2.4.1. Aspectos biológicos de la depresión	18
2.4.2. Factores psicosociales.	20
2.5. Manifestaciones clínicas	21
2.6. Tratamiento.	
2.6.1. Psicofarmacológico.	22
2.6.2. Somatoterapia (T.E.C.)	24
2.6.3. Psicoterapéutico.	24
2.7. Leyes que protegen al enfermo mental	26
2.7.1 Derechos Humanos y Respeto a la Dignidad del Enfermo Mental.	30
2.8. Historia Natural de la Enfermedad	33

II. INFORMACIÓN ESPECÍFICA DEL CASO CLÍNICO

1. Valoración.	
1.1. Historia Clínica de Enfermería en Psiquiatría.	39
1.2. Detección y Jerarquización de Problemas.	47
2. Planeación.	
2.1 Plan de Atención de Enfermería.	48
Ficha de Identificación del Paciente.	
Diagnósticos de Enfermería.	
Objetivos.	
Acciones de Enfermería.	
Fundamentación Científica.	
Evaluación.	
3. Comentarios.	61

III. CONCLUSIONES	62
BIBLIOGRAFIA	65
GLOSARIO	67
ANEXO.	

Historia Natural de la Enfermedad.
Plan de Atención de Enfermería.

INTRODUCCION

A través de la historia, el hombre ha presentado diversos problemas de salud mental de origen genético, bioquímico o social; los problemas psicológicos aunados a las precarias condiciones sociales han afectado a la humanidad; la emigración cada vez mayor de diferentes estratos sociales hacia áreas urbanas ocasionan en los grupos inmigrantes la desintegración de sus valores culturales y por ende crisis psicosociales

Algunos expertos señalan que las poblaciones industriales, desarrolladas, prósperas y con cambios sociales producen tensión emocional, trastornos afectivos, conflictos sociales y enfermedades psicosomáticas.

La depresión es una de las enfermedades más comunes que presentan los pacientes que ingresan tanto en hospitales psiquiátricos como de otras especialidades. Está contemplada dentro de la clasificación de los trastornos afectivos (D.S.M.III), y ocupa el quinto lugar de morbilidad de la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (Departamento de Estadística del Hospital de Psiquiatría "San Fernando" del Instituto Mexicano del Seguro Social 1995.)

Es importante distinguir la depresión de la tristeza común que presenta la mayoría de la gente en el transcurso de su vida. En la tristeza se experimentan sentimientos de soledad y pesadumbre que duran generalmente corto tiempo, las personas continúan desempeñando sus actividades y se sienten mejor o los síntomas suelen desaparecer cuando la situación que los produjo ha quedado resuelta.

En la depresión el paciente llora con bastante facilidad, presenta imposibilidad para concentrarse, insomnio, falta de apetito, constipación, impotencia o falta de energía sexual, suele manifestar una mezcla de irritabilidad y tristeza, se niega a realizar cualquier tipo de actividad, ni siquiera es capaz de satisfacer sus propias necesidades cotidianas

básicas, no puede tomar ningún tipo de decisiones, además habla sobre el suicidio o lleva a cabo conductas autodestructivas.

Cuando se diagnostica la depresión en algún paciente por lo regular el personal médico o de enfermería quiere intervenir pero teme agravar la situación o también, suele suceder que después de un largo periodo de tiempo en el que el paciente no parece modificar su estado de pesadumbre, el personal desarrolla sentimientos de enojo y frustración; empieza a sentir incapacidad o dificultad para comunicarse o concluyen que es un enfermo al que no se le puede ayudar o que no aprecia los esfuerzos que hacen por él y llegan a ignorarlo.

Lo anterior sucede con mucha frecuencia por la falta de formulación de Planes de Cuidados de Enfermería específicos o por trazarse objetivos muy ambiciosos a corto plazo. Por lo que considero necesario desarrollar un Proceso de Enfermería contemplando sus cinco etapas: valoración, diagnóstico de enfermería, planeación, ejecución y evaluación; así como describir de manera clara y completa el Plan de Atención de Enfermería específico en el paciente con diagnóstico médico de Depresión Mayor e Ideas Suicidas, que sirva como instrumento para unificar las acciones del personal de enfermería que labora en el Hospital de Psiquiatría "San Fernando" del Instituto Mexicano del Seguro Social y por ende mejorar la calidad de atención que favorezca la rehabilitación a corto plazo del enfermo

I. MARCO TEÓRICO

I. ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO.

1.1. Factores que determinan la diferenciación del sistema nervioso.

Durante el desarrollo embrionario ocurren constantemente procesos de reproducción, diferenciación y organización celular, que se realizan dentro de una secuencia espacial y temporal. Dichos procesos dependen, por una parte, de la información genética contenida en el D N A de las células del embrión y por otra, de la acción del medio donde se halla.

Existe una influencia recíproca entre las estructuras embrionarias en crecimiento. Los trabajos fundamentales de Spemann¹ y su discípula Hilde Mangond demostraron que si una parte del labio del blastoporo se transplanta a una zona del ectodermo de otro embrión que se encuentre en la misma etapa de desarrollo, se iniciará en esta zona un proceso de gastrulación que conduce a la diferenciación de un nuevo embrión en dicha área.

Por esta facultad del labio dorsal del blastoporo, Spemann lo llamó **Organizador Primario**, considerándolo un centro de diferenciación que tiene influencia sobre otras partes del embrión.

El **Organizador Primario** induce la diferenciación y organización de las estructuras axiales del embrión: **Notocuerda, Tubo Neural y Somites**. A la inducción primaria siguen inducciones secundarias; por ejemplo el desarrollo de los ojos, vesículas auditivas, etc.

Se llama **Competencia** a la capacidad que tienen las células de determinada parte del embrión para responder al estímulo del inductor.

¹ Hans Spemann (1869-1941), biólogo alemán nacido en Stuttgart. En 1935 recibió el Premio Nobel por el descubrimiento de las acciones inductoras y organizadoras en el desarrollo embrionario.

En el embrión humano, esto se hace evidente en la diferenciación del cristalino: El ectodermo superficial a partir del cual se desarrolla esta estructura, sólo es competente durante la etapa en la que normalmente se le aproxima la capa óptica que actúa como inductor de aquél.

1.2 Principales etapas en el desarrollo del Sistema Nervioso.

El Sistema Nervioso se origina del ectodermo. En una de las primeras etapas del desarrollo embrionario, hacia el principio de la tercera semana, se produce una proliferación celular en la parte media y dorsal del ectodermo originándose así la Placa Neural, que se encuentra delante del Nodo de Hensen sobre el eje del disco embrionario.

Poco después, los bordes laterales de la Placa Neural se elevan al mismo tiempo que su parte central se hunde ventralmente, formándose así el Surco Neural que queda abierto hacia la parte dorsal. El surco neural sigue profundizándose y ya en esta etapa son reconocibles en el límite entre el ectodermo neural y el ectodermo no neural, dos bandas de células que van a constituir, a cada lado, las Crestas Neurales

El Surco Neural se hace cada vez mas profundo, sus paredes se elevan y se aproximan paulatinamente en su parte dorsal hasta fusionarse al hacerse contacto en la línea media, quedando constituido el Tubo Neural. La unión de las paredes neurales se inicia a nivel del cuarto somite y desde ahí avanza hacia delante y hacia a tras, quedando abierto el Tubo Neural solamente en sus extremos cefálico y caudal, en los neuroporos anterior y posterior respectivamente.

Al formarse el Tubo Neural, las células que van a constituir las crestas neurales quedan situadas en el ángulo comprendido entre la parte dorsal de las paredes neurales del ectodermo no neural que se ha cerrado superficialmente al Tubo, aislándolo del exterior.

Hacia la etapa de diez somites, las crestas neurales se fragmentan formando acúmulos de células que quedan segmentariamente colocados, por pares, ambos lados de la mitad dorsal del Tubo Neural

posteriormente, dichas masas celulares se desplazan de su situación original para situarse definitivamente a los ventrolaterales del Tubo.

Esta situado dorsalmente a la notocuerda flanqueado por las crestas neurales. Lateralmente, respecto a estas últimas se hallan los somites. Estas estructuras son masas celulares que provienen del mesodermo paraaxial; dan origen a los esclerotomos que van a formar los cuerpos y arcos vertebrales, a los dermatómeros cuyas células emigran hacia el ectodermo superficial que van a constituir la dermis y a los miotomos de los que van a derivar los músculos estriados del tronco y posiblemente los de la lengua.²

1.3 El Impulso Nervioso.

1.3.1 Conducción del Impulso Nervioso. El sistema nervioso está constituido por miles de millones de neuronas relacionadas entre sí, a través de las cuales cursan señales o mensajes: Los Impulsos Nerviosos. Estos determinan el código de información que se utilizan en la integración de las reacciones neurales, desde la más sencilla hasta la más compleja. El impulso nervioso es un fenómeno bioeléctrico que depende de cambios que se generan a nivel de la membrana de la neurona.

Las células nerviosas hacen entre sí relación a nivel de la sinapsis donde únicamente hay contigüidad entre ellas, ya que siempre exige un espacio que separa las membranas de neuronas vecinas.

El Impulso Nervioso. Cuando se estimula adecuadamente una célula nerviosa, se produce una onda de actividad eléctrica que progresa a lo largo de la neurona sin decremento.

En condiciones fisiológicas la neurona recibe estímulos a nivel de los receptores y de la sinapsis. La intensidad mínima que debe tener un

² López Antunez, Luis. *Anatomía Funcional del Sistema Nervioso*. 1983. p.p. 27-32

estímulo para ser efectivo, es decir, capaz de generar un impulso nervioso, se llama Umbral. Téngase presente que en el estado de reposo, la membrana está polarizada siendo negativa la carga en el interior y positiva en el exterior. Al aplicarse un estímulo se produce un aumento en la permeabilidad de la membrana al sodio (Na^+), el cual al penetrar a la célula disminuye la negatividad interior de la membrana y al ocurrir esto, aumenta más la permeabilidad al Na^+ , lo que favorece la irrupción de este ion cada vez en mayor proporción hacia el interior de la célula; esto es un proceso autorregenerativo.

La entrada masiva de Na^+ provoca que el potencial de la membrana se reduzca haciéndose cada vez más positivo al interior, lo que causa finalmente su inversión, siendo ahora positivo su interior y negativo al exterior: Ha ocurrido la despolarización de la membrana. Es seguido por un mecanismo estabilizador que comienza aproximadamente menos de un milisegundo después de iniciado el proceso y esta constituido por un aumento de la permeabilidad de la membrana al potasio (K^+) y por la disminución de la entrada del Na^+ . La salida masiva del K^+ al sustraer iones positivamente cargados, hace que aumente paulatinamente la negatividad interior de la membrana, hace restablecer el potencial de reposo: a ese proceso se le llama Repolarización.

Estos eventos al registrarse se manifiestan por el llamado Potencial de Acción. Se ha observado que los factores que retardan el momento en que se inicia el aumento de permeabilidad de la membrana al K^+ y su salida de la célula, pueden producir aumento del potencial negativo (Shanes, 1958). Esto parece indicar que los cambios iónicos del K^+ son los principales responsables de la generación de los postpotenciales.

Una vez que se ha producido la despolarización de la membrana, que da origen a un impulso nervioso, el potencial de acción tiende a propagarse a lo largo de la membrana. A nivel de la zona activada de la membrana se producen corrientes iónicas que progresan por el axoplasma, movilizándose los iones positivamente cargados hacia las zonas vecinas en reposo en las que existan cargas negativas en el interior de la

membrana; dichas corrientes atraviesan las membranas más allá de la zona exacta y al hacerlo la despolarizan en ese sitio retornando a la parte activada, por fuera de la membrana.

Velocidad de Conducción del Impulso Nervioso. La velocidad a la que una neurona conduce impulsos nerviosos depende básicamente de dos factores: La resistencia del axoplasma y de la membrana.

Las fibras mielinicas conducen a mayor velocidad que las amielinicas; las primeras son más gruesas que las segundas, conducen a velocidades hasta de 120 metros por segundo; como ejemplo de ellos pueden citarse a los aferentes somáticas propioceptivas (que conducen información desde los receptores musculares y tendinosos), de menor calibre conducen a velocidad de 5 a 15 mts. por segundo y corresponden en su mayor parte a las fibras preganglionares.

Las fibras que forman su nervio tienen diferente unidad, puede obtenerse el potencial compuesto elevando paulatinamente la intensidad del estímulo.

1.3.2. La Sinapsis. Las células nerviosas establecen relación entre sí por contigüidad. La zona en que dos neuronas entran en contacto se llama sinapsis. De acuerdo con el concepto de población dinámica de la neurona, ésta recibe generalmente los impulsos por su polo aferente que comprende soma y las dendritas y los descarga por el polo eferente constituida por el axon y sus colaterales. El curso de los impulsos nerviosos en los circuitos neurales, está determinado por la sinapsis ya que en este sitio serían transmitidos del polo eferente de una neurona al aferente de otra, lo cual determina la característica unidireccional de la conducción nerviosa.

En algunos casos el impulso nervioso puede ser transmitido del axon de una neurona al de otra, condición en la que se relacionan los polos eferente de dos neuronas a través de una sinapsis axoaxónica. La microscopía electrónica ha demostrado la existencia de otros tipos de contactos sinápticos: Dendrosomáticos, dendrodendríticos y

dendroaxónicos, a través de los cuales se pueden ejercer efectos tanto excitadores como inhibidores.

Tipos y Estructuras de la Sinápsis: Las sinápsis más frecuentes en cuanto a sus relaciones anatómicas, pueden ser de los siguientes tipos:

- a) Axodendríticos. El axón de una neurona y las con el dendritas de otra.
- b) Axosomáticos. Terminaciones axónicas que se relacionan cuerpo de otra neurona.
- c) Axoaxónicas. El axón de una neurona hace contacto con el de otra.

1.3.3. Principales Aspectos Funcionales de la Sinápsis. Estructura de la Sinápsis.- Cualesquiera que sea la forma en que se establece una sinápsis siempre existen los componentes estructurales:

- a) La membrana presináptica.
- b) Espacio sináptico.
- c) Membrana presináptica

En la terminación del axon se forman botones en los que se observan pequeñas vesículas y vecinas a éstas, numerosas mitocondrias. Las vesículas sinápticas parecen contener sustancias que activan como mediadores del impulso nervioso. La riqueza de mitocondrias en la zona, traduce la intensa actividad metabólica y energética que ocurre a ese nivel.³

Tomando en cuenta sus características ultraestructurales, la sinápsis se ha dividido en tipos I y II (GRAY, 1961). Los de tipo I presentan una condensación muy densa en la membrana postsináptica contienen principalmente vesículas esféricas y el espacio sináptico es más amplio que las de tipo II. Se han considerado como probablemente excitadoras.

³ Idem p.p. 95-100

Las de tipo II presentan condensaciones en las membranas pre y postsinápticas de igual espesor. Se postula que tienen funciones inhibitorias.

1.3.4. Mediadores Químicos de la Transmisión Sináptica. Mediadores químicos de la transmisión sináptica. En la sinapsis del sistema nervioso, la transmisión parece llevarse a cabo por medio de sustancias químicas de cuya acción depende el efecto que el impulso nervioso, llegado a la unión sináptica, tiene sobre la membrana postsináptica. Son, por consiguiente, sinapsis química.

La Sinapsis se Clasifica en Excitadoras e Inhibidoras.

Sinapsis Excitadora: El mediador es la Acetilcolina (ACh) que actúa en la sinapsis centrales, en las parasimpáticas, en las preganglionares sinápticas y en la unión neuromuscular. De estas sustancias se forma principalmente en las terminaciones axónicas.

La ACh desaparece rápidamente del espacio sináptico debido a que es hidrolizada por una enzima, la Acetilcolinesterasa. A la Sinapsis en que el mediador es la ACh se les llama Colinérgicas.

La Noradrenalina, es el mediador de la transmisión en las fibras sinápticas postganglionares; se encuentra también en el Sistema Nervioso Central (S.N.C.)...

Existe evidencia que la liberación de esta sustancia, tanto a nivel de la médula suprarrenal como en las vésiculas sinápticas es favorecida por la acción de la ACh sobre dichas estructuras (Burnstock y Hollman, 1966). La noradrenalina es metabolizada por las enzimas monoaminooxidasa (MAO) y la cetol O metiltransferasa. A la sinapsis en que se libera esta catecolamina, se les llama Adrenérgicas.

El Glutamato se ha propuesto como un posible mediador en la sinapsis excitadora en el S.N.C..

Sinapsis Inhibidora: Se supone que el Acido Gammaaminobutírico (GABA) puede mediar en la inhibición sináptica. Su existencia se ha comprobado en la corteza cerebral y en el cerebelo donde parece estar en relación con las células de Purkinje, cuya función se considera inhibidora. De estos datos experimentados se infiere que el GABA, posiblemente sea un mediador en la sinapsis inhibitoras.⁴

El Ácido Glutámico aumenta la excitabilidad de la neurona y el GABA la disminuye. Se cree que el GABA tiene efecto depresor sobre la membrana de las dendritas apicales de las células piramidales de la corteza cerebral (Elliot y Jasper, 1959).

Otras aminos biogénicas como posibles sustancias neurotransmisoras en el S.N.C.: La serotonina (5-hidroxitriptamina), la dopamina, etc.

1.3.5 Fenómenos que ocurren en la Sinapsis. En cualquier tipo de sinapsis la secuencia de eventos es la siguiente:

- a) Llegada de un impulso nervioso a la terminación axónica, produciéndose despolarización de la membrana presináptica.
- b) Modificación en las vesículas sinápticas que conducen a la liberación cuántica de la sustancia mediadora la cual pasa por el espacio sináptico.
- c) Captación o fijación del mediador en puntos o zonas "receptoras" específicas de la membrana postsináptica.
- d) Cambios en la permeabilidad de la membrana postsináptica para determinados iones.

De acuerdo con esto, en la sinapsis ocurre Transducción de Energía: inicialmente la energía eléctrica del impulso nervioso es transducida a energía química contenida como mediador; después de esta última da

⁴ De Groat, Jack. Neuroanatomía Correlativa, 1993. p.p. 30-33

orígen a movimientos iónicos en la membrana postsináptica que se traducen en cambios eléctricos.

La activación de la neurona comprende las siguientes fases: a) producción de potenciales postsinápticos excitadores a nivel de la sinapsis, b) propagación electrónica de dichos potenciales hacia el seguimiento inicial del axon, c) despolarización del segmento inicial, d) despolarización del soma y dendritas, a partir del segmento inicial y simultáneamente, e) despolarización del resto del axon, también propagada del segmento inicial. Los impulsos nerviosos constituyen las señales que configuran los códigos de información que el sistema nervioso utiliza para integrar sus reacciones. Son transmitidos en forma discontinua a través de las neuronas.

La velocidad de conducción y la frecuencia a la que se transmiten las señales, depende tanto de factores estructurales: calibre del axon, existencia o ausencia de la vaina de mielina, etc., como de la intensidad de la estimulación. La información codificada en la periferia es llevada y distribuida en los centros a través de sistemas en que las neuronas se ponen en relación por medio de la sinapsis, en las cuales ocurren fenómenos complejos que implican transducción de energía⁵.

1.4 Influencia de los neurotransmisores en la conducta y las emociones del ser humano.

Se ha avanzado mucho desde la primera década de 1800, en que un médico alemán llamado Franz Gall inventó la "Frenología", una pobre teoría que sostenía que las protuberancias del cráneo podían revelar nuestras cualidades mentales y los rasgos de nuestro carácter.

En poco más de un siglo también se ha sabido que el cuerpo esta formado por células. Entre ellas están las células nerviosas que conducen

⁵ Eccles, J.C.: *La Fisiología de la Sinapsis*. 1986. p.p. 45-47

electricidad y "hablan" unas con otras enviando mensajes químicos a través del minúsculo espacio que las separa.

Todas las ideas, todas las actitudes, todos los recuerdos y las ansias son fundamentalmente un fenómeno biológico. Nuestros pensamientos, emociones y formas de conducta son todos hechos biológicos. Al estudiar los vínculos entre la psicología y la biología, los psicólogos biológicos están obteniendo nuevos datos sobre el sueño, la depresión y la esquizofrenia, el hambre y el sexo, la tensión y la enfermedad.

¿Cómo influyen sobre nosotros los neurotransmisores?. El descubrimiento de docenas de diferentes neurotransmisores ha creado una revolución neurocientífica.

Ahora sabemos que determinada vía nerviosa del cerebro usa únicamente uno o dos neurotransmisores, y que ciertos neurotransmisores puede tener efectos especiales sobre la conducta y las emociones. Uno de los neurotransmisores más conocidos, la acetilcolina (ACh), actúa como mensajero en todas las uniones entre una neurona motora y el músculo.

Con la ayuda de potentes microscopios electrónicos, los neurobiólogos pueden ampliar muestras muy finas de tejidos, lo suficiente como para ver los sacos que almacenan y liberan las moléculas de ACh. Cuando el ACh ha sido liberado en las células musculares, el músculo se contrae. Las Endorfinas. Cuando Candace Pert y Salomon Snyder (1973) agregaron un marcador radioactivo a la morfina, se produjo un sugestivo descubrimiento acerca de los neurotransmisores, ya que pudieron ver exactamente a qué lugar del cerebro del animal llegaba. Pert y Snyder descubrieron que la morfina, un opiáceo que realza el estado de ánimo y alivia el dolor, era atraída por receptores situados en áreas vinculadas con el estado de ánimo y las sensaciones de dolor.

Los investigadores confirmaron que el cerebro en efecto contiene varios tipos de moléculas neurotransmisoras análogas a la morfina. Las

endorfinas son opiáceos naturales que se liberan como respuesta al dolor y al ejercicio intenso. Por consiguiente, pueden contribuir a explicar toda clase de sensaciones agradables, como por ejemplo “el buen ánimo del corredor”, los efectos anestésicos de la acupuntura y la indiferencia al dolor en algunas personas heridas.

Drogas y Neurotransmisores. Las endorfinas atenúan el dolor y levantan el ánimo, ¿Por qué no inundamos el cerebro con opiáceos artificiales? El problema consiste en que cuando introducimos opiáceos como la heroína y la morfina, el cerebro interrumpe la producción de sus propios opiáceos naturales. Por consiguiente, cuando se retira la droga el cerebro puede verse privado de todas las formas de opiáceos.⁶

⁶ Myers, David. Psicología. 1994. p.p. 45-49

2. DEPRESION

2.1 Historia.

La depresión se conoce desde hace muchos años. Los trastornos que hoy denominamos afectivos pueden encontrarse en varios documentos antiguos.

En el año 450 a. de J.C. Hipócrates utilizó los términos manía y melancolía para describir las alteraciones en el estado de ánimo. En la Edad Media, Rhazes, Avicena y el médico judío Maimónides consideraron la melancolía como una enfermedad diferenciada. Fue Emil Kraepelin quien desarrolló en 1896 la categoría de enfermedad maniaco depresiva, que utilizamos en la actualidad y que se basa en el conocimiento de este trastorno obtenido por los psiquiatras franceses y alemanes que procedieron a Kraepelin.

En 1854, otro psiquiatra francés, Jules Baillarger, describió la enfermedad de "Folie á Double Forme", en la que el paciente se volvía totalmente deprimido y caía en un estado de estupor del que eventualmente se recuperaba.

Kraepelin describió también un tipo de depresión que empezaba después de la menopausia en las mujeres y durante la edad adulta madura en los hombres, que llegó a ser conocida como melancolía involutiva.

2.2 Clasificación.

Kraepelin (1921), según la severidad del cuadro depresivo, describió los siguientes grupos:

a) **Melancolía Simple:** Caracterizada por tristeza profunda, fobia, sentimientos de culpa, escepticismo, pérdida de peso, inapetencia, etc.

b) **Forma Estuporosa:** En la que las actividades física y mental están reducidas al mínimo. El enfermo tiene dificultad para captar lo que se le dice o pregunta, puede permanecer mudo, la expresión facial es fija, la mirada no traduce ninguna reacción intelectual ni afectiva, hay resistencia a la ingesta de alimentos, se le nota el cuerpo encorvado e inmóvil, frente arrugada, mirada fija y hacia abajo, pérdida de interés, actividad psicomotora muy retardada o ausente, cuando habla el enfermo externa autodesprecio o ideas de muerte.

c) **Melancolía Gravis:** El enfermo se encuentra alucinado, presenta ideas de pecado, en ocasiones tiene ideas delirantes de persecución, los trastornos somáticos son graves y generalmente se acompañan de ideas hipocondríacas.

d) **Melancolía Paranoide:** Presenta ideas delirantes de persecución y alucinaciones auditivas, sus sentimientos y pensamientos son tenebrosos, sombríos, oscuros, francamente deprimidos.

e) **Melancolía Fantástica:** Ideas delirantes y alucinaciones de tipo fantástico, presenta apariciones sobrenaturales, fantasías irrealizables, espectros, sentimientos de culpa, conciencia alterada. La evolución es habitualmente mala.

f) **Melancolía con Delirio:** La conciencia está alterada, alucinaciones terroríficas, se niega a hablar y puede llevar a la muerte al paciente.⁷

Los trastornos afectivos constituyen un rasgo común y esencial: alteración del estado de ánimo unida a problemas cognitivos, psicomotores, psicofisiológicos e interpersonales, relacionados con ella.

El estado de ánimo puede estar normal o elevado o deprimido; los pacientes con el estado de ánimo deprimido, muestran pérdida de energía

⁷ Caso M. Agustín, Fundamentos de Psiquiatría, 1989, p.p. 786-788.

e interés, sentimientos de culpa, problemas de concentración, pérdida del apetito e ideas de muerte y suicidio.

La categoría de trastornos afectivos del DSM-III, agrupa a todos los trastornos afectivos. Dentro de este subgrupo, la subcategoría de trastornos afectivos mayores incluye al trastorno bipolar (mixto, maníaco, deprimido) y la depresión mayor (episodio único o recurrente).

Se han suscrito muchas otras subclasificaciones de la depresión, como depresión neurótica, reactiva, psicótica y endógena.

2.3. *Epidemiología.*

2.3.1. Incidencia y Prevalencia.

La depresión, figura entre los trastornos psiquiátricos más prevalentes o frecuentes entre los adultos. La expectativa de por vida de desarrollar un trastorno afectivo de cualquier tipo, es de alrededor del 20% para las mujeres y del 10% para los hombres. Una considerable proporción de personas con depresión nunca ven a un médico. En todas las categorías de depresión, sólo de 20 a 25% de las personas deprimidas, reciben tratamiento.

2.3.2. Sexo.

La incidencia de depresiones es dos veces mayor en las mujeres que en los hombres. Algunas explicaciones ofrecidas incluyen los diferentes estreses, el parto, la desesperanza aprendida y las variaciones hormonales.

2.3.3 Clase Social.

La depresión mayor no tiene correlación con la clase social.

2.3.4. Estado Civil.

Se presenta con mayor frecuencia entre quienes carecen de relaciones íntimas con otras personas o que están solteros o divorciados.

2.3.5. Edad.

En las depresiones unipolares, las mujeres alcanzan en incidencia máxima entre los 35 y los 45 años, y los hombres después de los 55.

2.3.6. Raza.

Es mayor el número de negros hospitalizados por trastornos afectivos, que el de blancos.

2.3.7. Historia Familiar.

Los familiares en primer grado de las personas, muestran un riesgo en vida del 20%.

2.3.8. Recurrencias.

Entre 50 y 60% de los pacientes en remisión de una depresión unipolar, tienen otro ataque. Los episodios suelen reproducirse cada 3 a 9 años.

2.4. CAUSAS.

2.4.1. Aspectos Biológicos de la Depresión.

Los estudios genéticos hallaron que los gemelos tienen un riesgo significativamente más alto entre los gemelos monocigóticos que entre los dicigóticos. Se han descrito dos subgrupos de pacientes con depresión mayor: las mujeres de inicio temprano (antes de los 40 años). Ambos subgrupos presentan familiares con enfermedades muy diversas. En las familias de los sujetos varones de prueba con inicio tardío, se encuentran depresiones con la misma frecuencia en los hombres que en las mujeres.

Por otra parte, las familias de las pacientes de prueba con inicio temprano, se hallan más depresiones en los familiares del sexo femenino que en las del sexo masculino.

Además de los factores genéticos, otros factores biológicos pueden ser significativos. Estos factores incluyen las alteraciones electrolíticas, especialmente de sodio y potasio. Las alteraciones neurofisiológicas, anomalías neuroendócrinas, incluidos los cambios hipotalámicos, hipofisarios, de la corteza suprarrenal, del tiroides y los cambios gonadales; alteraciones neuroquímicas en los neurotransmisores, sobre todo en las aminas biogénicas.

Aminas biogénicas. Se incluyen tres catecolaminas: Dopamina, Noradrenalina y Adrenalina. La serotonina y la acetilcolina son también aminas biogénicas.

Catecolaminas. La hipótesis de la catecolamina se basa, en parte, en las observaciones de que los fármacos como los inhibidores de la monoaminoxidasa y los antidepresivos tricíclicos, que potencian las catecolaminas cerebrales, producen estimulación de la conducta y la excitación y tienen un efecto antidepresivo. Algunos estudios han demostrado que puede haber escasez de noradrenalina cerebral en la depresión.

Acetilcolina. La relación de acetilcolina y catecolaminas ha sido implicada también en la depresión porque ciertos pacientes depresivos se deprimen aún más cuando se aumenta la actividad de la acetilcolina del S.N.C. El sistema colinérgico desempeña un papel en el sueño REM y la reducida lactancia REM en la depresión puede reflejar una hiperactividad de la acetilcolina en el S.N.C.

Serotonina. Se distribuye en el S.N.C., y se ha hallado que algunos pacientes deprimidos tienen una disminución del metabolito de la serotonina, el ácido 5-hidroxiindoleacético (5-HIAA), en su LCR.

Otras pruebas que sugieren la implicación de la serotonina en la depresión, es la observación de que el triptofano un precursor de la serotonina, alivia la depresión en algunos pacientes. Igualmente, la reserpina agota la serotonina cerebral y los antidepressivos aumentan la actividad de la serotonina cerebral.⁸

Entre los síntomas somáticos observados, figuran la pérdida de apetito, pérdida de peso, insomnio, disminución del impulso sexual, disfunción gastrointestinal y variaciones diurnas predecibles del estado de ánimo.

Los cambios de estado de ánimo se han asociado clínicamente con diversos trastornos endocrinos. Los estados paranoides depresivos de hiperadrenalismo (Enfermedad de Cushing), la depresión asociada en ocasiones a la terapéutica exógena con estrógenos, son fenómenos que sugieren esta relación. Los cambios en los niveles hormonales en el período de posparto, la depresión es común.

Hormona del crecimiento: La descarga de la hormona del crecimiento, (GH) se altera en un porcentaje significativo de mujeres posmenopáusicas, con diagnóstico de depresión unipolar. El control de la descarga de GH, parece recibir en las neuronas catecolinérgicas.

⁸Baldissarini. *Bases Biomédicas de la Depresión y Tratamiento*. 1986. p.p. 23-27.

2.4.2. Factores Psicosociales.

Sucesos de la vida y estrés ambiental. Existe una relación entre los sucesos estresantes de la vida y la depresión clínica. El estrés, sobre todo el producido por las situaciones cotidianas, con el comienzo de los episodios depresivos.

Algunos clínicos creen, que los sucesos vitales tienen el principal papel en las depresiones; otros más conservadores, limitan el papel de los sucesos de la vida al de los factores contribuyentes al comienzo y pauta temporal del episodio agudo.

Factores de personalidad y factores psicodinámicos. Por lo general se cree que la depresión ocasiona en la persona un bajo amor propio, un super yo fuerte, relaciones interpersonales dependientes y una limitada capacidad para las relaciones objetales maduras y duraderas.

Todos los seres humanos, cualquiera que sea su tipo de personalidad, pueden deprimirse y se deprimen en las circunstancias apropiadas, aunque ciertos tipos de personalidad, como la oral-dependiente, obsesiva-compulsiva e histérica, pueden estar en mayor riesgo de depresión del tipo antisocial, el paranoide y otros varios tipos de personalidad que utilizan la proyección.

Factores Psicoanalíticos Karl Abraham pensó que los episodios de enfermedad manifestados por la pérdida de un objeto libidinal, propiciando un proceso regresivo en el que el yo se retrae de su estado de funcionamiento maduro a un estado en el que domina el trauma infantil de la etapa sádico-oral de desarrollo libidinal, a causa de un proceso de fijación en la primera infancia.

En la teoría estructural de Freud, la introyección del objeto perdido en el yo, determina los síntomas típicos depresivos, diagnósticos de pérdida de energía del yo. El superyo, incapaz de vengarse exteriormente contra el objeto, recurre a la representación psíquica del objeto perdido, interiorizándolo en el yo como un introyecto.

Factores premórbidos de la personalidad: En algunos pacientes depresivos hay una organización premórbida de la personalidad. Los pacientes deprimidos suelen desequilibrarse en situaciones de estrés, no se relacionan fácilmente en sociedad, requieren un excesivo apoyo ambiental y tienden a ser sujetos obsesivos. También son introvertidos, dependientes, narcisistas e inseguros y además se sienten culpables.

2.5. Manifestaciones Clínicas.

Los trastornos afectivos mayores se caracterizan por un episodio depresivo, en el cual hay una pérdida sostenida de interés o placer asociadas a síntomas de alteración del sueño y el apetito, cambio de peso, agitación o retardo psicomotor, disminución de la energía, sentido de culpa o indignidad e ideas de suicidio. Existe un período distintivo de activación psicofisiológica disminuida, frecuentemente el paciente no es consciente o no se queja de la alteración del humor y lo que resulta evidente es su separación de las actividades habituales. Los síntomas que pueden estar presentes incluyen alteración del sueño (con un despertar temprano), la pérdida del apetito, la alteración cognitiva, incluida la incapacidad para concentrarse o para tomar decisiones, el retraso de pensamiento, la pérdida de energía, los sentimientos de falta de valor y de culpa, y las ideas de suicidio y muerte, el interés sexual está considerablemente disminuido.

Existen ciertos rasgos asociados a la edad en la depresión mayor. En la primera infancia, la ansiedad de separación puede determinar una conducta dependiente y una fobia escolar. En la latencia y primera adolescencia, la conducta negativa y antisocial puede ser la característica dominante.

Algunos estudios han probado que el episodio depresivo medio, suele durar de tres a seis meses.

El diagnóstico diferencial de los trastornos afectivos mayores presentan un punto de inicio claro y preciso, y el período de la enfermedad está

claramente circunscrito del funcionamiento anterior y posterior del paciente; un trastorno afectivo mayor se distingue claramente de una distimia o neurosis depresiva en que, en el trastorno depresivo menor, la alteración del afecto es duradera, habitualmente más de dos años, y parece haber un punto de comienzo de la enfermedad poco claro y gradual.

Otras Causas de Episodios Depresivos.

Enfermedad Somática. Se sabe que los síndromes depresivos se presentan tras el uso de ciertas sustancias, por ejemplo, en la depresión inducida por reserpina, y en las enfermedades orgánicas, por ejemplo, en los cánceres de todo tipo y las enfermedades infecciosas. En ambos casos, el trastorno se considera un síndrome afectivo orgánico secundario al agente causal conocido.

Alteración Psicológica. Los trastornos depresivos, esquizofrénicos y ciclotímicos crónicos, pueden tener episodios depresivos superpuestos. En pacientes con alcoholismo, con trastornos de somatización y trastornos ansiosos, incluidos los niños con trastornos de ansiedad, de separación que desarrollan un síndrome clínico pleno.

2.6. Tratamiento.

2.6.1. Psicofarmacológico.

En la actualidad se dispone de tratamiento específico en la fase aguda, no obstante, sigue siendo cierto que el terapeuta debe precaverse siempre contra la posibilidad de suicidio, una posibilidad que existe cuando el paciente empieza a salir de la depresión y tiene la energía necesaria para llevar a cabo el impulso suicida que planeó cuando estaba

profundamente deprimido, pero carecía de la energía necesaria para llevarlo a cabo. En presencia de una depresión aguda, la hospitalización es necesidad imperiosa.

Los fármacos antidepresivos no poseen una influencia muy acentuada en el organismo normal, situado en la línea de base, por el contrario, corrigen las condiciones anómalas. Los fármacos de tipo imipramina y los inhibidores de la IMAO, son antidepresivos, pero no necesariamente euforizantes generales o estimulantes. Contrariamente, la anfetamina es un euforizante y estimulante, pero no es un antidepresivo en el sentido estricto de la palabra. Los antidepresivos tricíclicos como la imipramina, amitriptilina, nortriptilina, etc., son similares a las fenoteciínas.

Estos fármacos parecen ser todos antidepresivos activos. La clorimipramina, la doxepina, trimipramina, parecen tener una considerable actividad antidepresiva. Los antidepresivos tricíclicos son absorbidos fácilmente en el conducto gastrointestinal. En los seres humanos la imipramina y la amitriptilina se metabolizan parcialmente.

Efectos clínicos. En las personas normales, la imipramina y la amitriptilina, producen una sedación ligera. Por el contrario, en los pacientes psicóticos gravemente deprimidos, produce una notable mejoría de la conducta y una gran disminución de la depresión, en general entre los tres y los diez días de inicio del tratamiento. En consecuencia, los pacientes que no responden después de recibir una dosis adecuada de estos fármacos a la tercera semana, probablemente no responderán de manera favorable en ningún caso. El nivel de la respuesta en las tres primeras semanas de tratamiento predice la respuesta terapéutica final.

Entre el 65 y 80% de los pacientes obtienen un beneficio sustancial de los antidepresivos tricíclicos en contraste con el 30 a 35% que mejoran con el placebo al mismo tiempo. Mirado desde el punto de vista del paciente, su probabilidad de ser recuperado en tres o cuatro semanas de tratamiento, se dobla si recibe fármacos tricíclicos en lugar de recibir placebos.

2.6.2. Somatoterapia. (Terapia Electroconvulsiva)

La Terapia Electroconvulsiva (TEC) es considerada por muchos como un tratamiento específico para las depresiones caracterizadas por delirios somáticos y por delirios de culpa, unidos a una falta de interés por el mundo, ideación suicida y pérdida de peso.

Históricamente, la aparición de los fármacos antidepresivos disminuyó el uso de la TEC en la depresión. En muchos sentidos fue poco afortunada, pues aunque la TEC tiene repercusión de ser un método brutal, la morbilidad y mortalidad tras su uso, se sabe que son menores con el uso de antidepresivos. Además, la TEC se utiliza para poner fin a una manía una vez que han fallado todas las demás medidas.

2.6.3. Psicoterapéutico.

La psicoterapia es esencial, como suplemento de los tratamientos medicamentosos, la psicoterapia psicoanalítica, Freud describió que la vulnerabilidad a la depresión producida por un desaliento interpersonal al comienzo de la vida, determinaba relaciones de amor posteriores, caracterizadas por ambivalencia. Las pérdidas interpersonales amenazadas o reales en la vida adulta, desencadenarían una lucha autodestructiva en el yo, que se manifestaría como depresión. Estos individuos tienen una dependencia anormal de los demás para la gratificación narcisista y el mantenimiento de su amor propio.

La frustración de sus necesidades de dependencia, determina una crisis de autoestima y, posteriormente, una depresión. El objetivo de la psicoterapia psicoanalítica consiste en promover un cambio de la estructura de la personalidad o el carácter, y no simplemente en aliviar los síntomas, en ocasiones el paciente experimenta un alta ansiedad y malestar durante el curso de la terapia, que habitualmente prosigue durante varios años.

La psicoterapia breve, difiere del psicoanálisis clásico en su énfasis en la identificación de un foco diagnóstico. Se selecciona una cuestión particular, habitualmente un problema interpersonal, y el paciente y el terapeuta acuerdan tratar primero este problema en la terapia.

La terapia interpersonal es un psicoterapia breve que normalmente consiste en doce a dieciséis sesiones semanales y se caracteriza por un énfasis en las cuestiones actuales y el funcionamiento social en la vida del paciente. El objetivo son las conductas discretas, como la falta de afirmación, las facultades sociales y el pensamiento, pero sólo en el contexto de su significación o efecto sobre las relaciones interpersonales.

La terapia conductual tienen ciertos supuestos y estrategias comunes, como el programa de tratamiento altamente estructurado y breve; el principio del refuerzo suele considerarse el elemento clave de la depresión; el cambio de conducta se considera la forma más efectiva para aliviar la depresión y el objetivo es la articulación y alcance de metas específicas.

Terapia Cognitiva. Indica que las disfunciones cognitivas son el núcleo de la depresión y que los cambios físicos y afectivos, así como otros rasgos asociados de la depresión, son consecuencia de las disfunciones cognitivas. Por ejemplo, la apatía y baja energía, son el resultado de la expectativa de fracaso del individuo en todas las áreas. La parálisis de la voluntad deriva del pesimismo y los sentimientos de desamparo del individuo.

Terapia Familiar. Está indicada en los casos en que la depresión de un individuo parece alterar seriamente su funcionamiento matrimonial o familiar o en que la depresión del individuo parezca estar promovida y mantenida por pautas de interacción matrimonial o familiar. Examina el papel del miembro deprimido en el bienestar psicológico general de toda la familia; también examina el papel de la familia en el mantenimiento de la depresión. Este enfoque tiene un valor especial cuando el paciente deprimido es la madre de niños pequeños.

2.7 Leyes que Protegen al Enfermo Mental.

La fase depresiva de la psicosis maniaco depresiva sería la misma que se define en la depresión mayor, endógena o psicótica (según las diferentes clasificaciones.) Aparece una profunda tristeza inmotivada que, por añadidura no se intensifica más aunque aparezcan más noticias tristes, una inhibición psicomotora que puede llegar hasta el estupor depresivo y se acompaña de inhibición psicomotora que puede llegar hasta el estupor depresivo y se acompaña de inhibición del pensamiento, ideas delirantes de ruina, de hipocondría y de culpa que no pocas veces desembocan en el suicidio y finalmente, múltiples quejas somáticas cefaleas, insomnio, anorexia, pérdida de la libido, etc.

Podemos afirmar casi con total seguridad, que si estamos ante una tristeza vital profunda, inmotivada e inmodificable, con insomnio y despertares tempranos, con mayor tristeza por las mañanas que mejora según avanza el día, anorexia, ideas autolíticas con planes inclusive concretos e ideas delirantes de ruina y culpa, estamos en el ámbito de la depresión endógena o de la psicosis depresiva.

La depresión puede mejorar espontáneamente hacia un período de intercrisis con aparente normalidad o por efecto de la terapéutica, hacia el alivio progresivo.

El diagnóstico de estos cuadros deberá basarse hoy por hoy fundamentalmente en la historia clínica, la entrevista directa y la observación del comportamiento del sujeto. Será muchas veces preciso un corto período de tiempo de entrevista (una hora) para llegar a un diagnóstico de presunción sólido, al menos de carácter sindrómico.

Junto a la clínica, en la actualidad existen una serie de pruebas complementarias que se pretenden utilizar inclusive para clasificar estos trastornos. Estas pruebas, que vamos a enumerar, son uno de los principales y recientes hallazgos de lo que podríamos llamar "psiquiatría objetiva" y suponen para la psiquiatría forense un instrumento de valor

incalculable aunque la habilidad de las mismas no está constatada al cien por ciento. Nos estamos refiriendo a los llamados "marcadores biológicos" pruebas objetivas de laboratorio.

La Delincuencia

La delincuencia de los trastornos afectivos, es realmente escasa (Lugones, Fernández y Rojas, Ciafardo,...etc) si se compara con el resto de la patología psiquiátrica. No obstante casi todas las causísticas se suelen referir a la psicosis maníaco depresiva, por ello debemos dejar aquí una duda razonable. La melancolía o depresión puede ocasionar autoacusación de delitos (por las ideas morbosas de indignidad personal) con gran confusión policial, homicidios (especialmente de los "seres más queridos" incluyendo a los animales domésticos, para "salvarles" de las graves ruinas que anuncia el delirio), autolesiones (especialmente el suicidio, del que ya hablaremos) y accesos de destrucción incontrolada con incendios, muy típicos en la llamada "reacción de nostalgia" de Kraft-Ebing (1830).

En general el sujeto no se esconde tras el delito no trata de excusarse cuando está en el período intercrítico y no hay premeditación. Es por lo anterior que son fácilmente detectables y conducidos ante la justicia. En los períodos interfásicos el sujeto es prácticamente normal y su delictividad es igual a la de cualquier otro ciudadano.

Capacidad Civil.

Se sabe que la capacidad civil es "la aptitud legal de una persona para el disfrute y ejercicio de los derechos civiles". Resulta de ello que la incapacidad retira a la persona afectada por ella el poder, que había adquirido a los 18 años, de efectuar, por sí misma y sin limitaciones, los actos concernientes a la administración y la disposición de sus bienes y a la dirección de su persona.

La peritación psiquiátrica en materia civil gira en torno al concepto de Capacidad. Los elementos integrantes de la Capacidad Civil, según Kraft Ebing son: 1) suma de conocimientos acerca de los derechos y deberes sociales y de las reglas de la vida en sociedad; 2) Un juicio suficiente para aplicarlos en casos concretos; 3) la firmeza de voluntad precisa para inspirar una libre decisión.

En realidad, es similar al concepto de Imputabilidad, pero con diferencias cuantitativas, ya que son mayores las exigencias en cuanto a nivel de desarrollo e integridad de las funciones psíquicas para la capacidad que para la imputabilidad.

En lo que respecta a las enfermedades mentales, la incapacitación ha de ser total; si la intensidad del trastorno afecta en grado suficiente la libertad de decisión, le quedan prohibidos al enfermo los actos civiles, sea cualquiera su naturaleza quedando sometido a tutela, tanto administrativa como dispositiva.

La Tutela y la Incapacidad Civil. La tutela es la autoridad que en defecto de la paterna o materna, se confiere para cuidar de la persona y bienes de los que por cualquier causa, no tienen completa capacidad civil.

Se considera como imputabilidad al conjunto de condiciones necesarias, requeridas por la ley penal para que a una persona le pueda ser atribuido un hecho delictivo por lo tanto, no es posible dudar de la imputabilidad de las psicosis maniaco depresivas en sus fases activas ya que el sujeto, evidentemente, ha perdido el contacto con la realidad y por lo tanto el juicio crítico. No obstante se originan serias problemáticas periciales en los llamados períodos intercríticos, en los cuales en los momentos actuales se opta por la imputabilidad.

También son delicadas las peritaciones sobre las formas menores de los trastornos afectivos (reacciones depresivas, hipomanías, etc.) En ellas se tendrán que relacionar los hechos concretos con el grado de afectación del trastorno afectivo. Algunos autores hablan de "semiimputabilidad" en estas situaciones.

Las modernas medicaciones antidepresivas y las terapias biológicas, así como la comprensión de estas afecciones desde un punto de vista científico experimental, han originado un profundo cambio en lo que a la capacidad civil se refiere. Ya no son necesarias las de antaño "incapacitaciones" salvo en casos muy crónicos y especialmente en la prodigalidad sintomática. No obstante con la posibilidad de aplicar la cautela, los trastornos afectivos no suelen ser objeto de procesos de incapacitación.

Suicidio.

Una de las posibilidades finales de resolución de un trastorno afectivo es el suicidio, que suele definirse como la eliminación intencional que uno hace de su propia vida (Litman 1880). Aunque algunos autores como Montgomery (1980) aluden al hecho de que el mayor porcentaje de suicidios se da en otros cuadros psiquiátricos como los trastornos de la personalidad, sigue siendo muy frecuente en las depresiones.

El suicidio en sí mismo plantea a nivel internacional su cualidad delictiva o no. Así mientras en países como el nuestro no está penado, en otros sí lo está. En cualquier caso sólo podremos plantearnos la posibilidad legal de acusar a un especialista de no haber previsto un suicidio en uno de sus pacientes. Este tema es muy controvertido, ya que en un principio el suicidio aparece como un acto impredecible. No obstante y dado que cada vez se ven más estas situaciones legales, se propone últimamente el uso de escalas, test o cuestionarios predictores del suicidio, si bien su utilización ante los tribunales aún no está implantada⁹

⁹ Cabrera J. Fuentes, J. Psiquiatría y Derecho. 1990. p.p. 48-51.

2.7.1. *Derechos humanos y Respeto a la Dignidad de los Enfermos Mentales.*¹⁰

Dentro de cada unidad de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, el usuario tiene derecho a:

Recibir un trato digno y humano por parte del personal de salud mental, independientemente de su diagnóstico, situación económica, sexo, raza, ideología o religión.

No ser sujeto de discriminación por su condición de enfermo mental, ni ser objeto de diagnósticos o tratamientos en esa condición, por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de su salud mental.

Que a su ingreso al hospital se le informe a él y a su representante legal, de las normas que rigen el funcionamiento del nosocomio y saber los nombres de quiénes serán los miembros del personal de salud, médicos y enfermeras encargados de su atención.

Un ambiente seguro, higiénico y humano que garantice condiciones adecuadas de alimentación, habitación, atención médica profesional y espacio seguro

Ser alojados en áreas específicamente destinadas a tal fin, con adecuada iluminación natural y artificial, bien ventiladas, con el espacio necesario para evitar el hacinamiento y en condiciones de higiene.

Recibir alimentación balanceada de buen sabor y aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida en utensilios decorosos. así mismo recibir vestido y calzado o tener autorización para utilizar los propios si así lo desea.

¹⁰ CNDH: Lineamientos para la preservación de los derechos humanos en los Hospitales Psiquiátricos. México .1995 . p.p. 12-16

Que tenga acceso a los recursos clínicos de laboratorio y de gabinete para lograr un diagnóstico certero y oportuno, en condiciones similares a cualquier otro establecimiento sanitario.

Recibir información veraz, concreta, respetuosa y en lenguaje comprensible para él y su representante legal, con relación a su diagnóstico médico, así como respecto de sus derechos y del tratamiento que se pretende aplicar.

Recibir atención médica especializada, es decir por personal capacitado para el manejo y tratamiento de los enfermos mentales.

Que la atención psiquiátrica o terapéutica que se le preste, sea de conformidad con las normas éticas pertinentes que rigen a los profesionales de la salud mental.

Que toda medicación sea prescrita por un especialista autorizado por la ley y que ello se registre en el expediente clínico del paciente.

Que la información, tanto la proporcionada por los propios enfermos o sus familiares, como la contenida en sus expedientes clínicos, sea manejada bajo las normas del secreto profesional y de la confidencialidad.

Negarse a participar como sujeto de investigación científica, sin que ello demerite la calidad de su atención hospitalaria.

Solicitar reuniones con su médico y profesionales que lo estén tratando.

Solicitar la revisión clínica de su caso.

Recibir atención médica oportuna en caso de sufrir una enfermedad no psiquiátrica y, de así requerirlo, tratamiento adecuado en una institución que cuente con los recursos técnicos para su atención.

Recibir tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar y social por medio de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación

psicosocial. El paciente podrá en su caso, elegir la tarea que desea realizar y gozar de una retribución justa.

Ser protegido contra toda explotación, abuso o trato degradante, y en su caso denunciar por sí o a través de su representante legal, cualquier abuso físico, psicológico o moral que se cometa en su contra.

No ser sometido a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a procedimientos legalmente establecidos y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros, o se trate de una situación grave y el paciente esté afectado en su capacidad de juicio y en el caso de que de no aplicarse el tratamiento, se afecte su salud. Cuando haya limitación de libertad, ésta será la mínima posible de acuerdo con la evolución del padecimiento, las exigencias de su seguridad y la de los demás. El paciente bajo este tipo de medida, quedará en todo momento, al cuidado de vigilancia de personal calificado.

Comunicarse libremente con otras personas que estén dentro de la institución, enviar y recibir correspondencia privada, sin que sea censurada. Tener acceso a los servicios telefónicos, así como leer la prensa y otras publicaciones, escuchar la radio y ver la televisión, de conformidad con las indicaciones del médico tratante.

Tener comunicación con el exterior y recibir visita familiar si ello no interfiere con el tratamiento.

Gozar de permisos terapéuticos para visitar a sus familiar de acuerdo con el criterio médico.

Recibir asistencia religiosa si así desean.

Obtener autorización de su médico tratante o de un profesional autorizado, para salir de la unidad y relacionarse con su pareja¹¹

¹¹ Diario Oficial de la Federación. Tomo CDXCVII No. 5. México, D:F: 7 febrero 1995. p.p. 51-53

2.8 Historia Natural de la Enfermedad.

Concepto: Consiste en un estado de ánimo triste, con pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades durante dos semanas como mínimo, y se caracteriza por los siguientes síntomas cardinales primarios:

- a) Humor esencialmente depresivo.
- b) Dificultad para pensar.
- c) Retardo psicomotor, angustia o agitación.
- d) Trastornos somáticos principalmente, los del sueño y el apetito.

Periodo Prepatogénico.

Agente: Existen factores genéticos, biológicos, bioquímicos psicosociales y psicoanalíticos.

a) **Factores Genéticos.** Sobre todo se ha observado en los gemelos monocigotos y en familiares que han presentado episodios de depresión mayor.

b) **Factores biológicos.** Existen alteraciones electrolíticas, neurofisiológicas, neuroendócrinas, cambios hipotalámicos, hipofisarios, en la corteza suprarrenal, en la tiroides y en las gónadas.

c) **Factores bioquímicos.** La hipótesis de las catecolaminas demuestra que puede haber escasez de noradrenalina cerebral en la depresión.

Se ha hallado disminución del metabolito de la serotonina y del ácido 5-hidroxiinoteacéticos en el líquido cefalorraquídeo.

d) Factores Psicosociales. Sucesos de la vida, estrés ambiental y rasgos de la personalidad premórbida.

e) Factores Psicoanalíticos. Según Freud, la introyección del objeto perdido en el yo, determina los síntomas típicos depresivos, diagnósticos de pérdida de energía del yo. El superyo, incapaz de vengarse exteriormente contra el objeto recurre a la representación psíquica del objeto perdido, interiorizándolo en el yo como un introyecto.

Huesped. La edad media de inicio es después de los 20 años, pero un episodio mayor puede comenzar a cualquier edad, incluyendo la infancia. Aparece dos veces mayor en las mujeres que en los hombres. Además se ha observado que se presenta principalmente cuando la personalidad premórbida se ha caracterizado por sentimientos de inseguridad personal, deficiencia general que provoca excesos de escrupulosidad, tenacidad y preocupaciones (perfeccionismo, rigidez, duda excesiva, carencia del sentido del humor, tendencia al autocastigo, vida sexual reprimida, etc.). La depresión mayor se presenta en una edad en que no son fáciles las adaptaciones o situaciones o circunstancias nuevas.

Ambiente. Muchas veces el episodio depresivo mayor aparece tras un estrés psicosocial, en especial la muerte de un ser querido, la separación conyugal o el divorcio. A veces el parto desencadena un episodio; una enfermedad física crónica y la dependencia de sustancias psicoactivas particularmente la dependencia al alcohol y cocaína predisponen a un episodio de depresión mayor.

Prevención Primaria.

a) Promoción a la Salud.

Se aplican medidas generales para mantener y mejorar la salud y el bienestar del individuo, la familia y la comunidad, encaminada a cambios de actitud en la educación y socialización de los hijos y en la dinámica familiar, a través de:

- Educar a los padres de familia y maestros sobre el desarrollo emocional del niño.
- Orientación sexual y consejo premarital.
- Consejo genético a futuros padres evitando la unión de dos individuos con antecedentes o condicionantes depresivos.
- Realizar exámenes periódicos de salud para detectar oportunamente factores de riesgo o presencia de signos y síntomas de alarma.
- Fomentar la Salud Mental: Resolución de problemas que se presentan durante las diferentes etapas del ciclo vital de la familia, fomentando la comunicación efectiva intrafamiliar y así mantener la unidad familiar.
- Educar al público sobre higiene mental en sus fuentes de trabajo y ambiente social inmediato.
- Mejorar el ambiente general: vivienda, recreación y condiciones agradables en el hogar y trabajo.

b) Protección Específica.

Se desarrollan medidas dirigidas a proteger al individuo, familia y comunidad de los factores de riesgo determinantes del padecimiento y con la finalidad de que el individuo participe activamente en la prevención del daño.

- Realizar estudios heredofamiliares y genéticos encaminados a buscar explicaciones biológicas de los trastornos afectivos.
- Orientar a la pareja con antecedentes familiares de depresión o suicidio.
- Dar apoyo emocional en las crisis de duelo.
- Favorecer la implementación de los servicios de psiquiatría en Unidades de Medicina Familiar, Centros de Salud y Clínicas.

Periodo Patogénico.

Etapas Subclínica.

a) Cambios Emocionales. Empieza con sensación de fracaso personal, con poco amor propio, pérdida de confianza en sí mismo. En el niño puede iniciar con hipocinesia, variados cambios de conducta, enuresis, etc. El adolescente puede presentar conductas o rasgos antisociales. El adulto puede manifestarlo ingiriendo bebidas alcohólicas, cambios en la libido, preocupación excesiva por el trabajo, la salud, la religión o la política. El anciano se puede quejar constantemente con el médico o el familiar de diversos síntomas.

b) Cambios bioquímicos.

La hipótesis de las catecolaminas muestran una disminución o aumento de la noradrenalina, serotonina y la dopamina, en algunas zonas sinápticas del cerebro.

Etapas Clínica.

Signos y Síntomas.

Estado de ánimo triste, somnolencia, pérdida de interés o capacidad para el placer, aumento o pérdida del apetito y como consecuencia

incremento o disminución del peso corporal, insomnio, hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, baja autoestima, sentimientos de culpa y autorreproche.

Complicaciones.

Ideas Suicidas, conductas autodestructivas o llegar a la depresión psicótica.

Resultado.

Incapacidad Física.

Cronicidad

Muerte

Recuperación.

Prevención Secundaria.

Diagnóstico Precoz.

Es el descubrimiento de casos de enfermedad en los primeros estadios a través de la elaboración de la Historia Clínica de Psiquiatría que incluye la revisión del ambiente físico y psicosocial de la familia y del medio ambiente en que se desarrolla el individuo, concientizandolo del momento y aceptación del tratamiento oportuno.

Tratamiento oportuno.

Con base al diagnóstico se establece el tratamiento adecuado a través de:

- Psicofármacos

- Psicoterapia individual, grupal y familiar con la corresponsabilidad del paciente y familia.
- Terapia recreativa y ocupacional.
- Resocialización.

Prevención Terciaria.

Limitación del daño

Al avance del padecimiento el tratamiento se encaminará a la prescripción psicofarmacológica especialmente con antidepresivos y ansiolíticos; hospitalización; terapia electroconvulsiva y psicoterapia; vigilancia de su estado nutricional y control de su estado general.

Rehabilitación.

Tratamiento en hospital parcial en el que se aplicaran terapias de reentrenamiento y reeducación con el fin de obtener al máximo el uso de las capacidades remanentes.

Educación al público y a la industria en el conocimiento del padecimiento y la forma de utilizar las capacidades residuales para que pueda valerse lo mas posible por sí mismo.

Capacitar a la familia en el tratamiento y manejo del rehabilitado con incapacidad total o parcial.

II.- INFORMACION ESPECIFICA DEL CASO CLINICO.

1. Valoración.

1.1. Hoja de Historia Clínica de Enfermería en Psiquiatría.

Información General.

Datos Biográficos

Nombre: L.G.M.

**Dirección: Corregidora 210 Lote C Manzana 3, Col. 10 de Mayo
Delegación Venustiano Carranza.**

Edad: 48 años.

Sexo: Femenino.

Idioma: Castellano

Lugar de Nacimiento: México, D. F.

Religión: Católica.

Estado Civil: Casada

Ocupación: Acomodadora de Teatros.

Nivel Educativo: Primaria.

Fuente de Información: Paciente. Confiable.

Diagnóstico Médico: Depresión Mayor e Ideas Suicidas.

Información de la Entrevista.

Fecha de Ingreso: 7 de abril, 1996.

Hora de Ingreso: 22.30 horas.

Fecha de la Entrevista: 8, 9 y 10 de abril de 1996.

Hora de la entrevista: 8:30; 8:15 y 8:20 horas respectivamente.

Enfermera que hace la entrevista: María de Lourdes Torres Carrasco.

Otras personas en la entrevista: Estudiante de Enfermería del 6o. Semestre.

Observaciones Generales hechas por la Enfermera.

Aspecto:

Estructura y peso: Mujer de constitución delgada, mide 1.50 m y pesa 42Kg; regular aliño, sucia y despeinada, con ligera palidez de tegumentos; presenta mucosas orales deshidratadas y se observan venas tortuosas en ambas piernas.

Describe lo que lleva puesto la paciente: Ropa de hospitalización (bata de algodón) y zapatos negros de tacón bajo. El vestido de la paciente es adecuado para el medio.

Hay alguna comunicación no verbal en particular: Al inicio de la entrevista se nota que con frecuencia se frota las manos y da la impresión de que se limpia el sudor en su bata; se sienta en la orilla de la silla y evita mirarme a los ojos.

La paciente tiene estabilidad en la marcha: Sí, aparentemente no presenta alteraciones, pero lo realiza con el cuerpo encorvado, con pasos cortos y con la mirada hacia abajo.

Hay alguna alteración visible en la función física: Refiere cefalea en región occipital de tipo "opresivo" que tiende a aumentar durante la tarde o noche.

Hay alguna alteración visible en la función mental: Se le nota inquieta, las palmas de las manos sudorosas, manifiesta sentimientos de minusvalía en su autoestima, ya que refiere que es una persona fea, nada atractiva y que además "no sirve para nada", desde que le quitaron su matriz; ha tenido pensamientos de quitarse la vida ya que no tiene sentido seguir viviendo.

Cómo se mueve y habla la paciente: Se mantiene en la misma posición, su discurso es lento y su tono de voz bajo, habla únicamente de su malestar hacia ella misma.

Aspecto de la piel: Ligera palidez de tegumentos y se le notan "ojeras".

Prótesis dental: No usa.

Gafas, lentillas: No usa, pero padece de miopía .

Prótesis: Ninguna.

Necesidades básicas y actividades de la vida diaria.

Aire: Ningún problema respiratorio.

Circulación: Refiere várices en ambos miembros, inferiores desde la edad de 35 años, lo que le ocasiona cansancio, pero no llega a limitarla en su marcha.

Alimentos/líquidos: No tiene preferencia por algún alimento, ingiere de uno a dos vasos de agua natural durante el día, toma uno o ningún alimento durante el día y ése es en poca cantidad, procura comer verduras y poca carne roja. Refiere que cuando come lo hace sin agrado, menciona que ha bajado de peso.

Eliminación: No menciona molestias al orinar y considera ésta de color y cantidad normal. Presenta una evacuación cada dos o tres días, las heces son duras y formadas, presenta estreñimiento y con frecuencia toma laxantes para evacuar.

Neuro/sensorial: Tiene problemas para ver de lejos, no presenta alteraciones en las sensopercepciones.

Sueño/descanso: Duerme dos o tres horas y siente que no descansa, además menciona que despierta y no puede conciliar nuevamente el sueño. Tiene alterado el patrón de sueño/vigilia, porque cuando duerme tiene "pesadillas" de contenido sobre la muerte o presenta pensamientos de preocupación excesiva sobre la "poca" relación que existe entre su esposo y ella.

Seguridad: Refiere que dentro de su casa se siente segura, sin embargo en el patio no siente lo mismo ya que ha sufrido de robo de su ropa cuando la deja tendida.

Movilidad: No tiene actividad física a diario. Refiere que su capacidad física la siente tan disminuida, que tiene que hacer esfuerzos para vestirse o arreglarse, por lo que prefiere mejor no hacerlo.

Bienestar/dolor: Ha estado presentando cefalea de regular intensidad, lo que no ha ameritado que tome analgésicos. Niega alergias. Como antecedente de importancia, refiere histerectomía total por células cancerosas halladas en papanicolau, a la edad de 44 años. Secundario a esta cirugía empezaron sus problemas actuales. fuma cerca de 2 a 4 cigarros al día. Rara vez toma bebidas embriagantes. La señora L desde hace 6 meses dejó de trabajar porque "perdió el interés por asistir".

Niega alergias.

Higiene: Se bañaba diario con cambio de ropa, se cepillaba los dientes 2 o 3 veces al día. Actualmente refiere que "olvido" cuando fue la última vez que realizó lo anterior.

Sexualidad: Refiere tener 1 o 2 relaciones sexuales cada 20 o 30 días aproximadamente y esto a petición del esposo, en raras ocasiones ha sentido orgasmo. Manifiesta que otro día me dirá más cosas al respecto, ya que por el momento le gustaría cambiar de tema.

No tiene períodos menstruales. Nunca se ha revisado sus mamas y sólo una vez se practicó el papanicolau.

Educación/Aprendizaje. Espera que el equipo de salud le "quite" esos sentimientos que la lastiman tanto, y sobre todo aquellas ideas y fantasías que he tenido para quitarse la vida". No acostumbra leer libros ni revistas.

Psicosociológicos: Refiere que su problema no es psicológico, sino más bien "yo soy toda completa el problema y desde que nació mi madre me hubiera puesto por nombre tragedia."

Salud Psicológica.

Patrones de Adaptación. Las personas mas importantes para ella son su esposo de 49 años y sus 3 hijos de 28, 25 y 23 años. Tiene mayor comunicación con su hija de 25 años. Le agrada la soledad, que prefiere que todos se vayan a pasear y ella quedarse en casa.

Durante el día se relaciona con un numero incontable de personas, debido a su trabajo, pero no tiene amigos ni amistades y no le gusta visitar a sus familiares. Cuando se encuentra ante una situación amenazante para ella o demasiado aprensiva, inmediatamente se pone a llorar.

Patrones de interacción/Composición Familiar. Tiene problemas con su esposo, ya que éste siempre la ha agredido verbalmente, él es alcohólico; lo considera como un padre para sus hijos, enérgico e inflexible; pero también como bueno y bondadoso, ya que en ocasiones tolera lo que hacen sus hijos.

Refiere estar apartada de su mamá porque nunca ha estado de acuerdo en que se haya "juntado" con otro hombre desde antes de que muriera su papá. Recibe visita de una hermana y un hermano, teniendo mas confianza con la hermana. Menciona que su familia ha empeorado conforme sus hijos han crecido, ya que antes solo "batallaba" con el marido y ahora lo hace con los hijos.

Económicamente, el esposo le dá \$25.00 diarios para todos los gastos de la casa, por lo que ella tiene que trabajar y por lo que tolera que su única hija se prostituya al mejor postor, cabe mencionar que no le exige a los otros 2 hijos varones.

Actualmente esta muy preocupada porque a su esposo le detectaron diabetes mellitus y no sabe como va a reaccionar después de que se enteró de la enfermedad de su suegra (tiene cáncer pulmonar). Menciona que sus familiares mas directos son su familia. Sus opiniones o sugerencias ante la familia no las consideran relevantes ni trascendentales.

Patrones cognitivos. Durante el tiempo que estuvo en la escuela, menciona que la consideraban sus maestras como buena alumna. Sabe leer y escribir perfectamente. Se le dificulta aprender cosas nuevas "a estas alturas". Actualmente no trabaja desde hace 6 meses por falta de interés.

Concepto de uno mismo. Como madre y mujer se siente decepcionada, después de la histerectomía siente que ya no es todo lo que era ella antes, se considera con falta de carácter, sumisa y obsesiva en el quehacer de su hogar y muy rígida con ella misma. Se considera muy fea y refiere que su peso no es el ideal; expresa sus sentimientos con cierta timidez.

Patrones emocionales. Refiere pasar por episodios de tristeza y llanto, sobre todo cuando reflexiona sobre su situación actual, no le da importancia al dolor físico que presenta. Externa sentimientos de minusvalía y fracaso. Lo anterior le resulta molesto pero no puede hacer nada por cambiar su carácter. "Solamente que volviera a nacer y yo creo que ni así".

Salud sociológica.

Salud familiar

Ha habido alguna enfermedad crónica en su familia?

Tuberculosis: No.

Diabetes: Sí. Abuela Materna.

Cáncer: Sí. Tía Materna.

Hipertensión: Sí. Abuela paterna y materna.

Depresión: Sí. Abuela y tía materna.

Ansiedad: Sí. Abuela paterna.

Enfermedades del corazón: Sí. Abuela paterna.

Enfermedades del riñón: No.

Alcoholismo: Sí. El padre.

Adicción a las drogas: No.

Psicosis: No.

Personas relevantes: Su esposo y su hija. Siente a su esposo alejado afectivamente de ella; con él ha estado casada por más de 25 años y durante todo este tiempo nunca la ha entendido ni la ha escuchado. Cuando sus hijos necesitan de consejos, se acercan a ella, nunca discuten en familia los problemas porque no se resuelven en forma pacífica, todos empiezan a gritar.

Patrones de afrontamiento familiar. Menciona que su familia nunca ha sabido manejar el estrés, ya que cuando éste se presenta, por lo regular es manifestado con agresividad. Su esposo es el que dice la última palabra, y si alguien no está de acuerdo simplemente no se le toma en

cuenta. Si alguien de la familia enferma, nadie se hace responsable ya que ella y su esposo trabajan y a los hijos no se les puede exigir.

Patrones culturales: Para ella los valores más importantes es la honradez y el tener una religión cualesquiera que ésta sea. Guarda las tradiciones socioculturales de celebraciones como Navidad, año nuevo y día de Muertos.

Patrones recreativos: Cada integrante de la familia se divierte de acuerdo a su edad. Sólo ella prefiere estar sola, no tiene aficiones y desconoce las de sus hijos.

Entorno

Vive en un departamento con dos recámaras, cocina y sala-comedor, ubicado en un barrio popular y donde habitan 23 vecinos.

No tiene animales en casa y lo que mas le molesta es el ruido que hacen sus vecinos y los vendedores ambulantes.

Modelos espirituales: Su religión es católica, lo mismo que practica su familia, no acostumbra ir a la iglesia.

Valores: Refiere que lo más importante para ella es que sus hijos se llevaran bien con su papá y que su esposo deje de alcoholizarse. Lo menos importante para su vida, es cuidar su salud física, menciona que no le gustaría hablar sobre moral o educación que recibió por parte de sus padres. Pide que cambiemos de tema.

Autoevaluación: Su mejor virtud es el haber sido madre; su peor debilidad su carácter; sus talentos especiales tejer. No le gusta compararse con los demás.

Resumen de las observaciones :

Paciente del sexo femenina que ingresa por primera vez al Hospital, de edad aparentemente mayor a la cronológica, de complexión delgada; con ligera palidez de tegumentos y mucosas orales secas. Durante la

entrevista se muestra ansiosa, poco colaboradora ya que en ocasiones solicitaba estar sola, pero conforme pasaron los minutos aceptó mi compañía y note que disminuía su ansiedad; sólo evito un tema de hablar y fue el del trato que recibió de sus padres.

En ocasiones su lenguaje era fragmentado, monosilábico y tono de voz bajo. La entrevista se hizo en tres partes para no cansar a la paciente y por el rechazo que hubo al inicio por parte de la paciente.

1.2 Detección y Jerarquización de Problemas.

Con base a los datos aportados durante la entrevista y a la observación se detectaron los siguientes problemas jerarquizandolos de acuerdo a la Pirámide de Maslow:

Insomnio.

Estreñimiento.

Pérdida de apetito.

Problemas en el área sexual.

Pensamientos de pesimismo y muerte.

Aislamiento Social.

Rechazo a las actividades recreativas y ocupacionales.

Falta de interés por su arreglo personal.

Lo anterior sirvió de base para realizar el Plan de Atención de Enfermería.

2. PLANEACIÓN.

2.1. Plan de Atención de Enfermería.

1.- Diagnóstico de Enfermería:

Alteración del patrón del sueño relacionado a excesiva preocupación por sus hijos y manifestado porque duerme períodos cortos y cuando logra conciliar el sueño, refiere pesadillas "me veo en un ataúd y veo cómo me entierran".

Objetivo.

En la primera semana la señora L. será capaz de dormir de cuatro a seis horas seguidas durante la noche.

Acciones de Enfermería.

Estimular su participación en actividades recreativas y ocupacionales para evitar que duerma durante el día.

Enseñar a la señora L a realizar ejercicios de relajación.

En el momento de que sea la hora de que duerma, sugerirle que se dé un baño con agua tibia, según su deseo y proporcionarle un vaso con leche.

Intentar que la señora L. se acueste a determinada hora todas las noches, así mismo a la hora de levantarla.

Proporcionarle un ambiente lo mas tranquilo posible , colocándola en una habitación con poca luz y lejos de ruidos.

Observar y registrar sus horas de sueño , así como características.

Fundamentación Científica.

Las células del organismo necesitan períodos de disminución en la actividad durante las cuales pueden restablecerse.

Durante el sueño, el metabolismo disminuye por debajo del nivel basal (el sueño profundo proporciona más descanso que el sueño superficial).

La cantidad de sueño y la capacidad de quedarse dormido y permanecer dormido, durante un período suficiente de tiempo, constituye un indicador de la salud fisiológica, psicológica y espiritual del individuo.

Evaluación

Después del cuarto día la señora L. empezó a relajarse y logró dormir por cuatro horas sin presentar pesadillas. El día 16 de abril su patrón de sueño se regulariza y logra dormir de cinco a seis horas. Refiere que han disminuido considerablemente las pesadillas.

2.-Diagnóstico de Enfermería.

Alteración de la eliminación intestinal relacionada con la hipoactividad psicomotriz manifestada por una evacuación cada dos o tres días de consistencia dura y seca, además de disminución del ruido peristáltico.

Objetivo.

Después de los primeros tres días la señora L. presentará una evacuación blanda cada veinticuatro horas.

Acciones de Enfermería.

Se le proporcionarán de dos a dos litros y medio de agua en veinticuatro horas.

Se le mantendrá fuera de la cama y se le hará caminar por el pasillo y jardín.

Proporcionar alimentos y frutas ricos en fibras.

Se le pedirá que evite permanecer sentada por mucho tiempo con el fin de mitigar la presión.

Fundamentación Científica.

Para que el organismo funcione adecuadamente es necesario que se eliminen los residuos de alimentos , los gases que se encuentran en el conducto gastrointestinal y las sustancias tóxicas.

La actividad influye en la eliminación intestinal.

Evaluación.

La señora L. el día nueve de abril presentó una evacuación con menor esfuerzo y el día once presentó una evacuación blanda sin molestias. Se corrigió el estreñimiento.

3. Diagnóstico de Enfermería.

Alteración en la alimentación relacionada con una reciente supresión de comida manifestada por problemas para comer "estoy muy cansada para comer además de que no tengo apetito"

Objetivo.

La señora L. aceptará comer en los tres primeros días y presentará una elevación de peso corporal de 200 a 400 grs. en 15 días o por lo menos se le mantendrá en su peso actual (42 Kgs.)

Acciones de Enfermería.

Animar y estimular a la Sra. L. a: tomar alimentos en pequeñas cantidades y de preferencia dieta blanda.

Ofrecerle alimentos agradables.

Verificar que los alimentos sean atractivos a la vista.

Registrar cantidad de dieta ingerida.

Pesarla semanalmente y registrar los resultados.

Fundamentos Científicos.

Todas la células del organismo necesitan nutrición adecuada. Una dieta bien balanceada comprende cantidades suficientes, en proteínas, carbohidratos, grasas y alimentos a elección que proporcionen en cantidades suficientes de vitaminas y minerales.

Evaluación.

No es hasta el día 11 de abril en que mostró mayor interés y deseos de comer , hasta el día de su egreso que fue el día 26, su peso fue de 42.700 kg.

4.-Diagnóstico de Enfermería.

Alteración de los patrones de la sexualidad relacionado a Histerectomía manifestado por el deterioro en las relaciones sexuales con su esposo y por la falta de información.

Objetivo.

El autoconcepto de la señora L. habrá mejorado en dos semanas como revelarán sus comentarios positivos sobre su persona y se logrará que su esposo la acepte.

Acciones de Enfermería.

Se tomará una actitud comprensiva y afectuosa en el momento de la relación terapéutica Enfermera-paciente.

Se le animará a la paciente a elegir los temas de discusión y se utilizará la técnica de comunicación "Repetir a la paciente los pensamientos principales que acabe de expresar".

Se le informará sobre los órganos excitatorios en la mujer y los factores que intervienen en la sexualidad humana.

Se le explicará la necesidad de compartir sus preocupaciones con su pareja.

Se le ayudará a la señora L a darse cuenta de que sus cambios corporales son aceptables.

Se animará a la pareja a que examine los potenciales de su relación y a que valore la influencia de la pérdida.

Se le sugerirá que las relaciones sexuales deberán reanudarse lo antes posible.

Fundamentación Científica.

El conocimiento sobre los factores que intervienen en la sexualidad como: el deseo de contacto, cariño, ternura o amor, además de como mirarse, hablar, tomarse de la mano, besarse, darse placer así mismo o a los demás permite que se obtenga una satisfacción plena.

Evaluación.

En ocasiones la paciente mostraba evasivas al tema pero tanto su esposo como ella aceptaron reanudar su vida sexual tan pronto como ella regresara a su hogar.

5.-Diagnóstico de Enfermería.

Riesgo de autolesión relacionada con los malos tratos de su pareja y sentimientos de minusvalía manifestado por ideas de que es una persona fea que no sirve para nada y de que no tiene sentido seguir viviendo.

Objetivo.

La señora L no se autoagredirá durante su estancia en el hospital.

Acciones de Enfermería.

Alertar a todo el personal sobre el potencial de riesgo de suicidio.

Reducir los peligros ambientales retirando objetos con los que se pueda dañar.

Mantenerla en observación continua y en forma directa e indirecta.

Permanecer con la paciente para evaluar el riesgo de suicidio.

Se tomará una actitud de comprensión dejándola que tome el tiempo para contestar o hablar.

Se evitará que se aísle favoreciendo la relación con otras.

Darle a entender que tener malos pensamientos y cometer errores no significa que se es una mala persona.

Favorecer que exprese en forma adecuada el enojo y la hostilidad.

Responsabilizar a la Sra. L. a la ingesta de los medicamentos antidepresivos (Amitriptilina)

Vigilar datos de efectos secundarios de los antidepresivos como sedación, resequedad excesiva de mucosas

Observación continua cuando el paciente sale de su depresión ya que tiene la energía necesaria para llevar a cabo el acto suicida

Fundamentación Científica.

Todos los pacientes con trastornos graves del estado de ánimo corren riesgo de suicidio. Los cambios en el entorno pueden proteger al paciente.

En la conducta autodestructiva indirecta tiene el riesgo de producir daño y dar como resultado la muerte. La conducta suicida es un intento de escapar de factores de estrés intolerables que se han acumulado con el tiempo. Es una respuesta a sentimientos intensos de desesperación. Al inicio de la ingesta del medicamento este puede producir sedación y en general entre los 3 y los 15 días posterior al inicio del tratamiento produce una notable mejoría de la conducta y una mejoría de la

depresión y por lo tanto tiene la energía para llevar a cabo el impulso suicida que planeó cuando estaba profundamente deprimido.

Evaluación.

La señora L no se hizo daño durante su hospitalización; posteriormente a que se habló con su esposo y este aceptó que había estado actuando de manera incorrecta en la dinámica familiar. La paciente manifestó seguridad y confianza en sí misma.

6. Diagnóstico de Enfermería.

Aislamiento Social relacionado a su depresión manifestado por sentimientos de soledad y rechazo a las personas.

Objetivo.

En una semana ya habrá iniciado contacto social con otra persona diferente a la enfermera y en dos semanas más ya habrá contacto con varios pacientes.

Acciones de Enfermería.

Establecer una relación terapéutica evitando emitir juicios de valor o de crítica.

Aceptarla tal y como es.

Se le ayudará a satisfacer sus necesidades físicas, como forma de establecer contacto y de ser necesario llevar una conversación unilateral animándola a que hable sobre sus sentimientos de soledad y las razones de que exista.

Invitar al personal de que se acerquen a la señora L. aunque ésta los rechace.

Fundamentación Científica.

Para el equilibrio psicológico es necesario que el individuo tenga un medio adecuado de comunicarse con los demás o de autoexpresarse.

La comunicación entre individuos esta influida por la relación que tienen las personas que participan en ella.

La verbalización de problemas que están causando tensión en presencia de alguien dispuesto a escuchar, sin convertirse en juez, a menudo es útil para reducir temporalmente las tensiones que tal problema causa.

Evaluación.

El día quince de abril se logró que saliera al jardín y conversara con otros pacientes, además participó en forma pasiva en las Remotivaciones.

7.- Diagnóstico de Enfermería.

Déficit en las actividades recreativas y ocupacionales relacionada a pérdida de interés hacia el medio ambiente manifestado por expresiones de aburrimiento e indiferencia.

Objetivo.

En una semana la señora L. manifestará interés por las actividades de tejido, que es lo que le gusta a ella realizar.

Acciones de Enfermería.

Informarle sobre el programa de Terapia Ocupacional que existe en el Hospital.

Proporcionarle material de tejido y ayudarla a escoger el modelo para hacer una carpeta.

Alabar su esfuerzo y el progreso.

Sugerirle que asista a las diferentes terapias ocupacionales y recreativas que se llevan a cabo en el Hospital.

Fundamentación Científica.

En todas las terapias de actividad en especial en la terapia ocupacional , existe una convicción cada vez mayor de lo que verdaderamente importante es el proceso mismo y no el producto de este proceso. La Terapia ocupacional fomenta las relaciones interpersonales de los pacientes entre sí y de los pacientes con los terapeutas.

Evaluación.

El día trece de abril la señora L. aceptó tejer y el día veinte del mismo mes, terminó su carpeta.

8.- Diagnóstico de Enfermería.

Alteración de la autoestima en relación con la falta de aceptación a su imagen corporal y a los problemas con su esposo manifestado por el desprecio con que habla de sí misma.

Objetivo.

En diez días manifestará la identificación de cualidades y valores que le permitan un cambio de conducta.

Acciones de Enfermería.

Efectuar con la señora L. una entrevista con duración de treinta minutos diariamente.

Permanecer con ella cada tres horas por quince minutos.

Animarla a que exteriorice verbalmente sus sentimientos a través de escucharla y ocasionalmente expresar algunos comentarios, evitando las críticas a su persona.

Ayudarla a establecer objetivos realistas y fácilmente alcanzables como su arreglo personal, higiene, forma de vestir, etc.

Responsabilizarla de su autocuidado.

Permitirle tomar decisiones sencillas y poco a poco aumentar su complejidad.

Diferenciar el "no puedo" del "no lo haré" y ayudarla a ver su participación en los acontecimientos de su vida.

Ayudarla a identificar las autoevaluaciones positivas.

Fundamentación Científica.

El llevar una relación terapéutica fomenta el desarrollo personal del paciente en la autorealización, autoaceptación y aumento en el respeto hacia sí mismo. Refuerza la identidad, la integración, el rendimiento personal y la capacidad de satisfacer las necesidades y conseguir objetivos realistas.

Evaluación.

El día dieciséis en que se habló en forma conjunta con ella y con el esposo, la señora L. expresó sentimientos positivos hacia ella misma.

9. Diagnóstico de Enfermería

Alteración del autocuidado relacionado a los sentimientos de baja autoestima y a disminución de la fuerza muscular manifestado por apatía para llevar a cabo las actividades y falta de interés por su higiene y arreglo personal.

Objetivo.

La señora L. controlará en la medida de lo posible su autocuidado en los primeros siete días a su ingreso.

Acciones de Enfermería.

Estimular a la señora L. a que realice su baño proporcionándole lo necesario.

Ayudarla cuanto sea necesario para llevar a cabo su baño y su vestido.

Permanecer con la señora L. cuando se encuentre efectuando sus hábitos para animarla en los logros alcanzados.

Fundamentación Científica.

El concepto de autocuidado pone de relieve el derecho de cada persona a mantener su control individual sobre su propio patrón de vida.

Establecer o conservar rutinas familiares y personales que el paciente pueda usar para orientarse a sí mismo y en la situación en la que se encuentre.

Evaluación.

El once de abril la señora L. se bañó por sí sola y lo llevó a cabo a un nivel óptimo y demostró al inicio la capacidad para adaptarse a la necesidad de que alguien la ayude a vestirse.

El dieciséis de abril se bañó y se arregló adecuadamente, por sí sola.

3. COMENTARIOS.

La señora L. egresó del Hospital el día 26 de abril, se muestra optimista ya que su esposo cambió en su trato con la paciente.

Se canalizó a la señora L. y a su familia al programa de Disfunción Familiar a cargo de psicología.

Trabajo Social realizará visitas domiciliarias cada quince días con el fin de evaluar la dinámica social y de incentivarlos para que asistan a las citas que tienen con el médico psiquiatra y de que la paciente no suspenda el tratamiento.

III. CONCLUSIONES

La elaboración del presente trabajo, es el resultado del análisis y reflexión sobre la importancia que la enfermería tiene durante la atención que proporciona a las personas sanas y enfermas, sobre todo saber que esta atención no debe ser incidental, sino más bien planeada y sistematizada.

Al inicio sentí resistencia para elaborar este Proceso de Enfermería y tal vez por las experiencias que tuve durante mi formación profesional, pero ahora que he concluido mi trabajo, puedo tener una visión más amplia de como la atención que hasta nuestros días ha prevalecido por parte de la enfermera y la conceptualización de su práctica en el ámbito laboral, se basa en:

- a) Ver al paciente como un instrumento más de trabajo.
- b) Dicotomizar al enfermo.
- c) Dar énfasis al problema biológico.
- d) Descuidar su personalidad como instrumento terapéutico.
- e) Dejar a un lado las necesidades reales del enfermo.
- f) Mostrar indiferencia ante la participación que debe tener como parte del equipo multidisciplinario en la presentación de casos clínicos.
- g) Rehusarse en la elaboración de trabajos de investigación.
- h) Continuar realizando actividades que no le corresponden.

Lo anterior me permitió cuestionarme sobre cuál sería el o los motivos del por qué la enfermera permanece en un estado de apatía e indiferencia hacia la conceptualización que se tiene de su práctica profesional y la que repercute en la calidad y calidez humana, ya que llega a la

mediocridad porque actúa bajo órdenes, sobre todo las de los médicos. Esto es o puede ser porque de alguna manera disminuye su responsabilidad por falta de conocimientos que la limita a proporcionar cuidados más "delicados", por falta de identificación con la profesión o la falta de conocimientos sobre la metodología que guía a la enfermera para proporcionar cuidados individualizados; metodología que es mejor conocida como Proceso Atención de Enfermería.

No fue nada sencillo el de llevar a cabo esta metodología en el área de psiquiatría, pero realmente fue una experiencia invaluable ya que primero tuve que documentarme y actualizarme sobre lo que era el proceso de enfermería. Posteriormente al aplicar la historia clínica de enfermería, sentí la satisfacción de que nosotras, como enfermeras, contamos con instrumentos propios con los que recabamos información que nos permiten conocer al enfermo y detectar sus problemas físicos, emocionales, sociales y espirituales; seguido a esto fue el jerarquizar los problemas y elaborar diagnósticos de enfermería, que aunque no fue tarea sencilla, por no estar acostumbrada a manejar esta modalidad, me sentí identificada con mi profesión, ya que me dí cuenta que tenemos la capacidad de identificar la etiología de dichos problemas y la forma en que cada individuo lo manifiesta.

Al plasmar todos aquellos cuidados que en forma independiente le podía dar al paciente y sobre todo cuando se le informan los objetivos del plan de atención, se logra que participen en su tratamiento y por lo tanto, hay mayor aceptación y por ende, su rehabilitación es en corto tiempo.

La experiencia que me ha dado este trabajo, me ha motivado para difundir entre mis compañeras, las ventajas que tiene elaborar un Proceso Atención de Enfermería por cada psicopatología, ya que si se carece de fuentes de información confiables y específicas en las unidades médico quirúrgicas, pues con más razón en psiquiatría.

Mi propósito será de concientizarlas, de que existe la necesidad de que se describan los problemas conductuales, se analicen las etiologías y se

sugieran acciones específicas para ayudar al paciente con trastornos emocionales o mentales.

Mi objetivo se habrá cumplido si logro mostrar qué hacer y cómo hacerlo, además si les transmito el por qué me ha parecido útil tomar esta determinación, porque además identifique una necesidad básica y de la que carece el Hospital, para la rehabilitación del enfermo mental y es la de talleres protegidos y que sería muy conveniente que tanto la Dirección del Hospital así como la Administración lo consideraran en la próxima remodelación que está programada.

BIBLIOGRAFIA

ATKINSON/MURRAY. Proceso Atención de Enfermería. Edit. El Manual Moderno. México. 1985.

BALDESSARINI, J. R. Las Bases Biomédicas de la Depresión y su Tratamiento. Ediciones Científicas De. La Prensa Médica Mexicana. México 1988.

BORMAN, Y. Farmacología. Bases Bioquímicas y Patológicas. Aplicaciones Clínicas. Edit.. Interamericana. 2a. Edición. 1984.

CABRERA/PUENTES. Psiquiatría y Derecho. Edit.. Aran. 1990.

CARPENITO, L. J. Diagnóstico de Enfermería. De. Interamericana. 3a. Edición. 1991.

COHEN, R. Atención Emocional del Paciente. Edit La Prensa Médica Mexicana. México. 1984.

COOK, J.S./FONTAINE, K. Enfermería Psiquiátrica. Edit.. Mc. Graw-Hill. 2a. Edición. México. 1993.

DRILL. Farmacología Médica. Edit. De. Mc. Graw-Hill Inc. México. 1978.

FISH, J. Psicopatología Clínica. De. Interamericana. 2a. Edición. México, 1985.

GAYRAL, L./BARCIA. D Semiología Clínica Psiquiátrica. Edit. Libro del año. México. 1991.

GLADYS, B./COHEN, r. Cuidados de Enfermería en Pacientes con Conductas Especiales. Edit. Doyma. 1989.

GOLDMAN, H. Psiquiatría General. Edit. El Manual Moderno. México. 1989.

- IYER/TAPTICH. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. Edit. Interamericana. Mc. Graw-Hill. México. 2a Edición. 1986.
- KEYS, Hofling. Enfermería Psiquiátrica. Edit. Interamericana. 2a. Edición. México. 1982.
- MARCHAIS, P. Procesos Psicopatológicos en el Adulto. Ediciones Científicas. Edit. La Prensa Médica Mexicana.
- MERENESS, Dorothy. Elementos de Enfermería Psiquiátrica. Edit. La Prensa Médica Mexicana. México. 1988.
- PASCUALI, Arnold De Basio. Mental Health Nursing. Edit. Mosby. Third Edition. 1989.
- STUART, S. Enfermería Psiquiátrica. Edit. Interamericana. 1a. Edición. México. 1992.
- TOWNSED, Mary C. Nursing Diagnoses in Psychiatric Nursing. Second edition. 1991.
- URIARTE, Víctor. Psicofarmacología. Edit. Trillas. México. 1983.
- VALLEJO, Nágera. Introducción a la Psiquiatría. Edit. Científico Médica. México. 1981.
- VALLEJO, Rutiloba. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Edit. Salvat. 3a. edición. 1991.
- VIDAL, Alarcón.- Psiquiatría. Edit. Panamericana. 1986.
- WOODRUFF, Jr./GOODWIN, Donald. El Diagnóstico en Psiquiatría. Edit. El Manual Moderno. 1978.

GLOSARIO

ADAPTACION: Respuesta que los organismos dan a las diversas características del medio en el que viven, en el sentido de lograr una mayor eficacia y triunfar en el proceso evolutivo.

AFECTO: Emociones o sentimientos según los expresa la persona y los observan los demás. El afecto es un signo objetivo observable durante la exploración del estado mental, en contraste con el humor, que es una experiencia subjetiva informada por la persona.

AISLAMIENTO: Separación de personas, que padecen una enfermedad contagiosa. Medio empleado aún en algunas instituciones psiquiátricas como tratamiento en los alienados. Acción de aislarse, evitando los contactos interpersonales y la implicación social.

ANOREXIA: Pérdida o disminución del apetito. Rasgo de los trastornos depresivos.

ANSIEDAD: Estado disfórico (desagradable) semejante al miedo cuando no hay ninguna situación manifiesta de peligro. La ansiedad se define por el estado fisiológico de excitación vegetativa, alerta, vigilancia y tensión motora.

ANOREXIA: Pérdida o disminución del apetito. Rasgo de los trastornos depresivos.

BLASTOPORO: Orificio provocado por la invaginación del material celular en el interior del blastoncele durante la gastrulación y que comunica la cavidad interna con el exterior.

CAPACIDAD: Situación favorable, para realizar algo.

CAPACIDAD CIVIL: Actitud o suficiencia para ser titular de derechos y deberes o ejercer una función ciudadana, administrativa o política.

CATECOLAMINAS: Amina derivada del 1, 2 Bensenodio (catecor). Como ejemplo la adrenalina y noradrenalina.

DELINCUENCIA. Perpretación de delitos; es consecuencia de la inadaptación o del desequilibrio social. Suelen tomarse medidas en contra a través de la prevención, la reeducación y la represión.

DEPRESIÓN. Estado patológico producido por la impresión o sentimiento de pérdida o culpa, caracterizado por tristeza y abatimiento de la autoestima. Disminución de la actividad vital en una parte o en la totalidad del organismo. Condición emocional caracterizada básicamente por alteraciones del humor, inhibición, fatigabilidad, insomnio, etc.

ESTADO DE ANIMO. Experiencia subjetiva de un sentimiento o una emoción según la describa el paciente.

EMBRION: Primeras fases del desarrollo de un organismo, después de la fecundación o a partir de una célula capaz de dividirse.

FOBIA. Temor aceptadamente irracional a un objeto o a una situación particulares, de modo que la vida de la persona se ve dominada por conducta de evitación.

GASTRULACION. Término embriológico que designa los movimientos celulares que se producen en casi todos los animales al final del período de segmentación. Estos movimientos actúan sobre las células cuyas descendientes formarán los futuros órganos internos, desde su posición superficial en la blástula hasta su posición definitiva en el interior del embrión.

IDEA SUICIDA. Se dice de la persona que presenta pensamientos con rumiación suicida. Persona consciente de idear como darse muerte voluntariamente.

IMPUTABILIDAD. Conjunto de condiciones necesarias, requeridas por la ley penal para que a una persona le pueda ser atribuido un hecho delictivo.

INQUIETUD. Intranquilidad, zozobra. Bullicio, perturbación.

INSOMNIO. Dificultades para dormir, ya sea insomnio inicial, que es dificultad para quedar dormido, insomnio medio, que consiste en despertar a la mitad de la noche y volver a dormir con dificultad, insomnio terminal, que consiste en despertar temprano, pero sin ser capaz de volver a dormir.

MELANCOLIA. Psicosis caracterizada por una profunda depresión e infelicidad, dolor moral, inhibición psicomotriz, lentitud del pensamiento e ideas delirantes con gran riesgo suicida.

MIELINA. Sustancia de naturaleza lipoidea, que a modo de manguito, envuelve al cilindroje de algunas fibras nerviosas.

NEURONA. Célula que produce y transmite el impulso nervioso. El cuerpo celular tiene múltiples expansiones (dendritas) y una prolongación muy larga que constituye la fibra nerviosa. (Cilindro eje o axon).

PERSONALIDAD. Complejo de aspectos biológicos, psicológicos y de formación que caracterizan y definen a una persona.

PSICOTERAPIA. Tratamiento de las enfermedades mentales por medios y métodos psicológicos.

RETRASO PSICOMOTOR. Disminución de la actividad motora, lenguaje lento, pobreza del lenguaje, respuestas retrasadas a las preguntas y tono de voz bajo y monótono, que se acompaña de sensación de fatiga.

SINAPSIS. Zona de transmisión unidireccional de la corriente nerviosa entre neuronas o bien entre una neurona y otro tipo de células.

SUICIDIO. Cualquier acción descabellada por quitarse la vida voluntariamente.

TRISTEZA. Estado natural o accidental de pesadumbre, melancolía o aflicción.

ANEXOS

HISTORIA NATURAL DE LA DEPRESION MAYOR E IDEAS SUICIDAS

CONCEPTO: ESTADO DE ANIMO TRISTE CON PERDIDA DE INTERES O PLACER EN TODAS O CASI TODAS LAS ACTIVIDADES DURANTE DOS SEMANAS COMO MINIMO, Y SE CARACTERIZA POR LOS SIGUIENTES SINTOMAS CARDINALES PRIMARIOS: HUMOR ESENCIALMENTE TRISTE, DIFICULTAD PARA PENSAR, RETARDO PSICOMOTOR, ANGUSTIA O AGITACION, TRASTORNOS SOMATICOS, PRINCIPALMENTE DEL SUEÑO Y APETITO.

PERIODO PREPATOGENICO		PERIODO PATOGENICO		
<p>AGENTE: Factores de tipo: genéticos, biológicos, bioquímicos, psicosociales y psicoanalíticos.</p> <p>HUESPED: Edad, sexo, estado civil y personalidad.</p> <p>AMBIENTE: Factores de estrés psicosocial, en ocasiones el parto, una enfermedad física crónica y la farmacodependencia predisponen a una depresión mayor.</p>	<p>E T A P A C L I N I C A S U B C L I N I C A</p>	<p>HORIZONTE</p> <p>SIGNOS Y SINTOMAS Edb. ánimo triste, somnolencia, pérdida en todas las capacidades, aumento o disminución del apetito, incremento o baja de de peso corporal insomnio, hipersomnia, agitación o entorpecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, baja autoestima, sent. de culpa y autorreproche.</p> <p>COMPLICACIONES Ideas Suicidas, Conducta Auto-destructiva, Depresión psicótica.</p> <p>INCAPACIDAD FISICA</p> <p>CRONICIDAD</p> <p>MUERTE</p> <p>CLINICO</p> <p>RECUPERACION</p>		
		<p>CAMBIOS BIOQUIMICOS: Según la teoría de las catecolaminas se presenta una disminución de la noradrenalina, serotonina y dopamina en algunas zonas sinápticas del cerebro.</p> <p>CAMBIOS EMOCIONALES: Sensación de fracaso personal, poco amor propio, pérdida de confianza en sí mismo, pérdida de interés hacia la vida.</p>		
PREVENCIÓN PRIMARIA		PREVENCIÓN SECUNDARIA		PREVENCIÓN Terciaria
PROMOCIÓN PROTECCIÓN A LA SALUD ESPECIFICA		DIAGNOSTICO TEMPRANO Y TRATAMIENTO OPORTUNO		LIMITACION DEL DAÑO
<p>- Educar a los padres de familia y miembros adultos del núcleo. - Realizar actividades de desarrollo emocional del niño. - Incentivar el estudio y el trabajo. - Consejo genético e familiar. - Educar al público en general. - Fomentar la salud mental. - Fomentar la recreación y condiciones agradables en el hogar y trabajo.</p>		<p>Elaboración de historia clínica psiquiátrica</p> <p>Investigación del medio ambiente físico y social.</p> <p>Educación al paciente en relación al padecimiento y tratamiento.</p> <p>Tratamiento específico farmacológico.</p> <p>Psicoterapia.</p> <p>Terapia Ocupacional y Recreativa.</p> <p>Resocialización.</p> <p>Corresponsabilidad del paciente y familiar.</p>		<p>Precisión del tratamiento farmacológico.</p> <p>Somatoterapia. (T.E.C.)</p>
<p>- Realizar actividades de desarrollo emocional del niño. - Incentivar el estudio y el trabajo. - Consejo genético e familiar. - Educar al público en general. - Fomentar la salud mental. - Fomentar la recreación y condiciones agradables en el hogar y trabajo.</p>		<p>- Dar apoyo emocional en los casos de duelo. - Fomentar la participación de los miembros de la familia. - Dar apoyo emocional en los casos de duelo. - Fomentar la participación de los miembros de la familia. - Dar apoyo emocional en los casos de duelo. - Fomentar la participación de los miembros de la familia.</p>		<p>Terapia de reeducación, reentrenamiento de acuerdo a las capacidades remanentes.</p>
PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL		CUARTO NIVEL
				QUINTO NIVEL

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: L. G. M.

EDAD: 48 años. SEXO: Fem.

LUGAR DE NAC. MÉXICO D:F:

EDO: CIVIL: Casada

OCUPACION: Acomodadora de Teatros.

DIAG: MEDICO: Dep resión Mayor e ideas Suicidas.

FECHA ING.: 7 ABRIL 96

FECHA DE EGRESO. 26 abril 96

FECHA	DIAG. ENF.	OBJETIVO	ACCIONES ENF	FUND. CIENTÍFICA	EVALUACIÓN
8 04 96	Alteración del patrón del sueño relacionado con excesiva preocupación por sus hijos, manifestado porque duerme periodos cortos y presenta pesadillas.	En la primera semana, la Sra. L. dormirá de 4 a 6 hrs. seguidas durante la noche.	Estimular su participación en actividades recreativas y ocupacionales. Enseñar a la Sra. L. ejercicios de relajación. Sugerirle que se dé un baño con agua tibia y proporcionarle un vaso con leche a la hora de dormir. Intentar que se duerma y se levante a la misma hora. Proporcionarle un ambiente tranquilo y con poca luz. Observar y registrar sus horas de sueño.	Las células del organismo necesitan disminución en la actividad durante las cuales pueda restablecerse. Durante el sueño el metabolismo disminuye por debajo del nivel basal. La cantidad de sueño y la capacidad de quedarse dormido durante un periodo suficiente de tiempo es un indicador de salud psicofisiológica y espiritual del individuo.	Después del 4º día la Sra. L. empezó a relajarse y logró dormir por 4 hrs. sin presentar pesadillas. El día 16 se regularizó su ciclo sueño-vigilia.

<p>8 04 96 Alteración de la eliminación intestinal relacionada a la hipoactividad psicomotriz manifestada por una evacuación cada 2 o 3 días de consistencia dura y seca y disminución del ruido intestinal.</p>	<p>En los 3 primeros días la Sra. L. presentará una evacuación blanda cada 24 hrs.</p>	<p>Proporcionar de 2 a 2.5 lts. de agua en 24 hrs. Mantenerla fuera de la cama y hacerla caminar por el pasillo y jardín. Proporcionar alimentos y frutas ricos en fibras Evitar que permanezca sentada por mucho tiempo.</p>	<p>Para que el organismo funcione adecuadamente es necesario que se eliminen los residuos de alimentos, los gases que se encuentran en el conducto gastro intestinal y las sustancias tóxicas. La actividad influye en la eliminación intestinal.</p>	<p>La Sra. L. el 9 de abril presentó una evacuación con menor esfuerzo, y el día 11 presentó una evacuación blanda sin molestias. Se corrigió el estreñimiento.</p>
<p>8 04 96 Alteración en la alimentación relacionada a una reciente supresión de comida manifestada por problemas para comer. "Estoy muy cansada para comer además de que no tengo apetito.</p>	<p>La Sra. L. aceptará comer en los tres primeros días y presentará una elevación de su peso corporal de 200 a 400 grs. en 15 días o se le mantendrá en su peso actual (42 kgs.).</p>	<p>Animar y estimular a la Sra. L. a tomar alimentos en pequeñas cantidades y de preferencia dieta blanda. Ofrecer alimentos agradables a la vista registrar cantidad de dieta ingerida. Pesarla semanalmente.</p>	<p>Todas las células del organismo necesitan una dieta adecuada. Una dieta bien balanceada comprende cantidades suficientes en proteínas, carbohidratos, grasas y alimentos a elección que proporcionen en cantidades suficientes de vitaminas y minerales.</p>	<p>El 11 de abril mostró mayor interés y deseos de comer. El día de su egreso presentó un peso de 42,700 kgs</p>

8 04 96	Alteración de los patrones de la sexualidad relacionado a histerectomía manifestado por el deterioro en las relaciones sexuales con su esposo y por la falta de información	El autoconcepto de la Sra L. habra mejorado en dos semanas como revelaran sus comentarios positivos sobre su persona y se lograra que su esposo la acepte.	Tomar una actitud comprensiva y afectuosa en la relación enfermera paciente animarla a elegir los temas de discusión y utilizar la técnica de comunicación "Repetir los pensamientos principales que se acaben de expresar. Informar sobre los organos excitatorios en la mujer y los factores que intervienen en la sexualidad humana. Explicar la necesidad de compartir sus preocupaciones con su pareja. Ayudarla a darse cuenta de que sus cambios corporales son aceptables. Animar a la pareja a que examine los potenciales de su relación y valore la influencia de la perdida. sugerir que las relaciones sexuales deberan reanudarse lo antes posible	El conocimiento sobre los factores que intervienen en la sexualidad como: El deseo de contacto, cariño, ternura, o amor, además de como mirarse hablar, tomarse de la mano besarse, darse placer así mismo o a los demás permite que se obtenga una satisfacción plena.	En ocasiones la paciente mostraba evasivas al tema pero tanto su esposo como ella aceptaron reanudar su vida sexual tan pronto como ella regresara a su hogar.
---------	---	--	--	---	--

8 04 96

Riesgo de autolesión relacionada con los malos tratos de su pareja sentimientos de minusvalía manifestado por ideas que es una persona fea que no sirve para nada y de que no tiene sentido seguir viviendo.

La Sra. L. no se autoagredió durante su estancia en el hospital.

Alertar al personal sobre el potencial de riesgo suicida. Reducir los peligros ambientales retirando objetos con los que pueda dañarse. Mantenerla en observación continua y en forma directa e indirecta. Permanecer con la paciente y evaluar el riesgo de suicidio. Tomar una actitud comprensiva dejando que tome el tiempo necesario para contestar o hablar. Evitar que se aisle favoreciendo la relación con otras personas. Darle a entender que tener malos pensamientos y cometer errores no significa que sea mala persona. Favorecer que exprese en forma adecuada el enojo y la hostilidad

Todos los pacientes con trastornos graves del estado de ánimo corren riesgo de suicidio. Los cambios en el entorno pueden proteger al paciente. En la conducta autodestructiva tiene el riesgo de producir daño y dar como resultado la muerte. La conducta suicida es un intento de escapar de factores de estrés intolerables que se han acumulado con el tiempo. Es una respuesta a sentimientos intensos de desesperación. Al inicio de la ingesta del medicamento puede producir sedación en general entre los 3 y 15 días posterior al inicio del tratamiento

La Sra. L. no se hizo daño durante su hospitalización, posteriormente que se habló con su esposo y este aceptó que había estado actuando de manera incorrecta en la dinámica familiar la paciente manifestó seguridad y confianza en sí misma.

			Responsabilizar a la Sra. L. a la ingesta de los medicamentos antidepresivos (Amitriptilina). Vigilar los efectos secundarios de los antidepresivos . Observación continua cuando la Sra. L. salga de su depresión ya que tiene la energía para suicidarse.		
8 04 96	Aislamiento social relacionando a su depresión manifestado por sentimientos de soledad y rechazo a las personas.	En una semana ya habra iniciado con tacto social con otra persona diferente a la enfermera y en dos semanas más ya habra contacto con varios pacientes.	Establecer una relacion terapéutica evitando emitir juicios de valor o de critica. Aceptarla tal y como es. Ayudarla a satisfacer sus necesidades físicas de establecer contacto y de ser necesario llevar una conversación unilateral animandola a que hable sobre sus sentimientos de soledad y las razones de que exista. Invitar al personal a que se acerquen	Para el equilibrio psicológico es necesario que el individuo tenga un medio adecuado de comunicarse con los demás o de autoexpresarse. La comunicación entre individuos esta influida por la relación que tienen las personas que participan en ella. La verbalización de problemas que están causando tensión en presencia de alguien dispuesto a es-	El día 15 de abril se logró que saliera al jardín y conversara con otros pacientes además participo en forma pasiva en las remotivaciones.

			a la Sra. L. aunque esta los rechace. Informarle sobre el programa de Terapia Ocupacional que existe en el hospital.	cuchar, sin convertirse en juez, a menudo es útil para reducir temporalmente las tensiones que tal problema causa.	
8 04 96	Deficit en las actividades recreativas y ocupacionales relacionadas a la pérdida de interés hacia el medio ambiente manifestado por expresiones de aburrimiento e indiferencia.	En una semana la Sra. L. manifestará interés por las actividades de tejido, que es lo que a ella le gusta realizar.	Proporcionarle material de tejido y ayudarla a escoger el modelo para hacer una carpeta. Alabar su esfuerzo y el progreso. Sugerir que asista a las diferentes terapias ocupacionales y recreativas que se llevan a cabo en el hospital.	El día 13 de abril la Sra. L. aceptó tejer y el día 20 del mismo mes, terminó su carpeta.	
8 04 96	Alteración de la autoestima en relación con la falta de aceptación a su imagen corporal y a los problemas con su esposo manifestado por el desprecio con que habla de sí	En diez días manifestara la identificación de cualidades y valores que le permitan un cambio de conducta.	Efectuar con la Sra. L. una entrevista con duración de treinta minutos diariamente. Permanecer con ella cada tres horas por quince minutos. Animarla a que exte-	El llevar una relación terapéutica fomenta el desarrollo personal del paciente en la autorrealización, autoaceptación y aumento en el respeto hacia sí mismo. Refuerza la	El día 16 en que se habló en forma conjunta con ella y con el esposo, la Sra. L. expresó sentimientos positivos hacia ella misma.

	<p>misma.</p>		<p>rriorice verbalmente sus sentimientos a través de escucharla y ocasionalmente expresar algunos comentarios, evitando las críticas a su persona.</p> <p>Ayudarla a establecer objetivos realistas y fácilmente alcanzables como su arreglo personal, higiene, forma de vestir, etc.</p> <p>Responsabilizarla de su autocuidado.</p> <p>Permitirle tomar decisiones sencillas y poco a poco aumentar su complejidad.</p> <p>Diferenciar el "no puedo" del "no lo haré" y ayudarla a ver su participación en los acontecimientos de su vida.</p> <p>Ayudarla a identificar las autoevaluaciones positivas.</p>	<p>identidad, la integración, el rendimiento personal y la capacidad de satisfacer las necesidades y conseguir objetivos realistas.</p>	
8 04 96	<p>Alteración del autocuidado relacionada a los sentimientos de baja autoestima y disminución de la fuerza mus-</p>	<p>La Sra. L. controlara en la medida de lo posible su autocuidado en</p>	<p>Estimular a la Sra. L. a que realice su baño proporcionandole lo necesario. Ayudarla cuanto sea necesario</p>	<p>El concepto de autocuidado pone de relieve el derecho de cada persona a mantener su control indivi-</p>	<p>El 11 de abril la Sra. L. se baño por si sola y lo llevo a cabo a un nivel óptimo y demostro al inicio</p>

cular manifestado por apatía para llevar a cabo la actividad y falta de interés por su higiene y arreglo personal.

siete días.

para llevar a cabo su baño y su vestido. Permanecer con la paciente cuando se encuentre efectuando sus hábitos para animarla en los logros alcanzados.

dual sobre su propio patrón de vida. Establecer o conservar rutinas familiares y personales que el paciente pueda usar para orientarse así mismo y en la situación en la que se encuentre.

la capacidad para adaptarse a la necesidad de que alguien la ayude a vestirse. El 16 de abril se baño y se arreglo adecuadamente por si sola.