

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



ESCUELA DE ENFERMERIA
CRUZ ROJA MEXICANA
DELEGACION SAN LUIS POTOSI
CLAVE DE INCORPORACIÓN 8715/12

Proceso Atención de Enfermería a un adulto con dependencia a alcoholismo y drogadicción mediante NANDA, NIC y NOC

PARA OBTENER TITULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

Erik Bravo Guerrero

CUENTA: 412506930

ASESORA

DRA. GANDHY PONCE GOMEZ

MEXICO, SEPTIEMBRE DE 2017.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

*A la Virgen de Guadalupe
por brindarme su luz para
poder iluminar el camino de
mi carrera, por darme fe,
salud y fortaleza en cada
etapa difícil de la misma.*

*Agradezco de todo corazón a
mi esposa Norma Fdith y mis
hijas Frika Sinai y Florence
Fdith por su enorme cariño
apoyo y comprensión que me
brindaron para poder lograr
este sueño, y permitirme su
tiempo para ser alguien en la
vida, por haber tenido
paciencia y fe por cada
momento difícil que pasamos
en esta experiencia de mi
carrera*

*Para mis queridos padres
Silvestre y Angélica por su
apoyo y comprensión, por su
paciencia y sacrificio que
hicieron para apoyarme para
cumplir mi sueño, para poder
salir adelante en la vida, a todo
este esfuerzo y apoyo que me
brindaron tomarlo de ejemplo
hacia mis hijas.*

*A mis hermanos por
haberme acompañado en el
transcurso de mi carrera,
por su apoyo moral y
consejos que brindaron
para poder llegar a la
meta*

*Agradezco al SR.
Nicolás Martínez y la
SRA. Maria Antonia
Guache por el apoyo
moral, fe y confianza que
me brindaron en el
transcurso de mi
profesión.*

*Con cariño amor y un gran respeto
siendo un ejemplo a seguir mi mas
sincero agradecimiento a todos mis
maestros de la Escuela de
Enfermería de Cruz Roja
Mexicana que me brindaron su
apoyo, conocimiento, dedicación,
experiencia y sobre todo confianza
para lograr llegar a la meta, en
especial a la LIC. en Enfermería
Maestra Claudia Grafira por
brindarme su más sincero apoyo,
consejos, ayuda y sobre todo por ser
un ejemplo a seguir en su ética y
profesionalismo, a mis compañeros
y amigos que me brindaron su
cariño y su gran amistad en esta
grandiosa experiencia.*

*Un enorme y especial
agradecimiento a la Dra
Gandhy Ponce Gómez
por su apoyo y orientación
que me brindo,
ayudándome a cumplir
una etapa grandiosa en
mi vida siempre le estaré
enormemente agradecido
a su ética dedicación y
profesionalismo, siendo
así ser un ejemplo a
seguir.*

DEDICATORIA

Dedico este logro a mi esposa Norma Edith Martínez Hernández, a mis hijas Erika Sinaí Bravo Martínez, Florence Edith Bravo Martínez, por haber sido el motor para impulsarme día a día para continuar luchando para llegar a la meta, por darme fe, amor y fuerza para poderme levantar en momentos difíciles en el camino de mi carrera.

A mis padres por brindarme su apoyo y comprensión, por haberme tenido paciencia y así poderles demostrar mi logro y con esto demostrarles que han formado de mí una persona de bien en la vida

A mis hermanos por sus consejos, ayuda y acompañamiento durante el trayecto de mi carrera y así poder llegar a la meta.

Contenido

I.- INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	3
III. OBJETIVOS.....	6
3.1. GENERAL	6
3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	6
IV.-METODOLOGÍA.....	7
V.- MARCO CONCEPTUAL	8
5.1MARJORY GORDON	8
5.2. PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON	8
5.3 DROGADICCIÓN	9
5.4. ALCOHOLISMO	10
5.5 CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS	13
5.6. FISIOPATOLOGIA	14
5.7 CAUSAS	14
5.8 SÍNTOMAS	15
5.9 DIAGNÓSTICO	15
5.10 TRATAMIENTO	16
5.11. PRONOSTICO	17
VI.- PRESENTACIÓN DELCASO	19
6.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN	19
6.2 HISTORIA CLÍNICA	19
6.3 PADECIMIENTO ACTUAL	19
6.4 EXAMEN MENTAL	20
6.5 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	20
VII.- VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES MARJORY GORDON	22
VIII.- PLAN DE ATENCIÓN	24
IX.- PLAN DE ALTA	32
X.-CONCLUSIONES.....	33
XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

I.- INTRODUCCIÓN

La Enfermería es una ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma, en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual; con un cuerpo organizado de conocimientos abstractos logrados por la investigación científica y análisis lógico, para asistir al individuo sano o enfermo en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a la salud o recuperación. (3)

El abuso de alcohol y sustancias adictivas, constituye uno de los problemas de salud pública en nuestra época que se presenta tanto a nivel nacional como internacional. Siendo un fenómeno que afecta la salud de la población sin distinguir entre edad, sexo, estrato social y nivel educativo. (8)

El abuso y dependencia de drogas se presentan frecuentemente con problemas psiquiátricos, en México el 9.4% de quienes usan alcohol también tienen trastornos afectivos, este índice aumenta a 18% cuando se toman en cuenta los casos de dependencia. El alcohol es una droga depresiva que con el tiempo afecta diferentes órganos como el riñón, hígado sistema nervioso central, generando trastornos mentales y del comportamiento, problemas renales como hidronefrosis.

El panorama actual muestra una mayor incidencia en el inicio de consumo a sustancias adictivas y alcohol a edades cada vez más tempranas, en la actualidad el narcotráfico ha afectado con una gran intensidad a la ciudadanía impactando más en los jóvenes y niños mediante las sustancias ilícitas como cocaína, marihuana, LSD, que son drogas que se clasifican en diferente estatus como estimulantes alucinógenos y depresores, las drogas son cualquier sustancia que introducida en el organismo vivo modifica o altera alguna de sus funciones, algunos daños que causan son daño total de neuronas, pérdida de la conciencia, alteraciones cardiacas, alteraciones respiratorias, daños hepáticos, ansiedad, problemas familiares, miedo , temor, aislamiento, depresión, abandono escolar etc.(6)

Es importante señalar que al igual que otros problemas de salud pública, los programas de prevención y tratamiento deben estar sustentados en la información, la cual debe ser confiable, científicamente sustentada, que dé cuenta de las características del fenómeno y los factores que favorecen a su incidencia.(5)

La comunidad terapéutica, es una modalidad de tratamiento residencial, surgiendo de una metodología orientada en el tratamiento y rehabilitación de la salud mental, utilizado como herramienta para el tratamiento dentro del proceso de recuperación de usuarios adictos y trastornos por abuso de alcohol, en San Luis Potosí se cuenta con clínicas públicas que brindan ayuda terapéutica como INSTITUTO TEMAZCALI, la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña, fue fundada el 16 de septiembre de 1970, con el objetivo de atender a la población, contribuir a la formación de recursos humanos y de investigación. Con atención basada en la norma oficial mexicana NOM-025 SSA2-2014 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención hospitalaria médico-psiquiátrica.(3)

Es importante mencionar que el personal de enfermería forma parte de la estructura organizacional en la comunidad terapéutica, siendo tan importante como cada uno de los integrantes del equipo multidisciplinario, su labor reside en la atención integral al usuario, ya que este requiere de atención basada en un enfoque biopsicosocial.(2)

La formación de licenciado en enfermería lo conduce a proporcionar atención en cualquier etapa evolutiva del hombre realizando acciones para la conservación fomento y restauración de salud de los individuos, familias y comunidades considerando también las necesidades de tipo emocional.

II. JUSTIFICACIÓN

El Proceso Atención de Enfermería (PAE), es un método sistemático que brinda cuidados humanistas, individualizados reales o potenciales ante un problema de salud, mediante un método científico realizado por el profesional de Enfermería

Unificar criterios en los cuidados del personal de enfermería es fundamental para llevar a cabo un trato adecuado y una atención especializada hacia el paciente psiquiátrico para brindarle una mejor calidad de vida, es por eso que la presente investigación se realiza con la finalidad de aplicar el Proceso Cuidado Enfermero (PAE) en base a los conocimientos establecidos con el propósito de brindar una mejor calidad de vida al usuario.

La presente investigación se realiza con la finalidad de dar a conocer los daños causantes que provocan las adicciones como lo es la droga y el alcohol en la población.

Afectando a nivel internacional: la UNODC (naciones unidas contra la droga y el delito) 246000 personas de 15 a 64 años consumen una droga ilícita.

Los países con más índice de consumo a nivel internacional son:

*Colombia con un 31%

* Estados unidos de américa con un 16%

* Bolivia con un 5%

A nivel nacional: entre los 10 años en adelante, más de 23800 millones de personas consumen droga principalmente en hombres.

*México consume el 5% en drogadicción principalmente con:

1.- marihuana

2.-inhalables

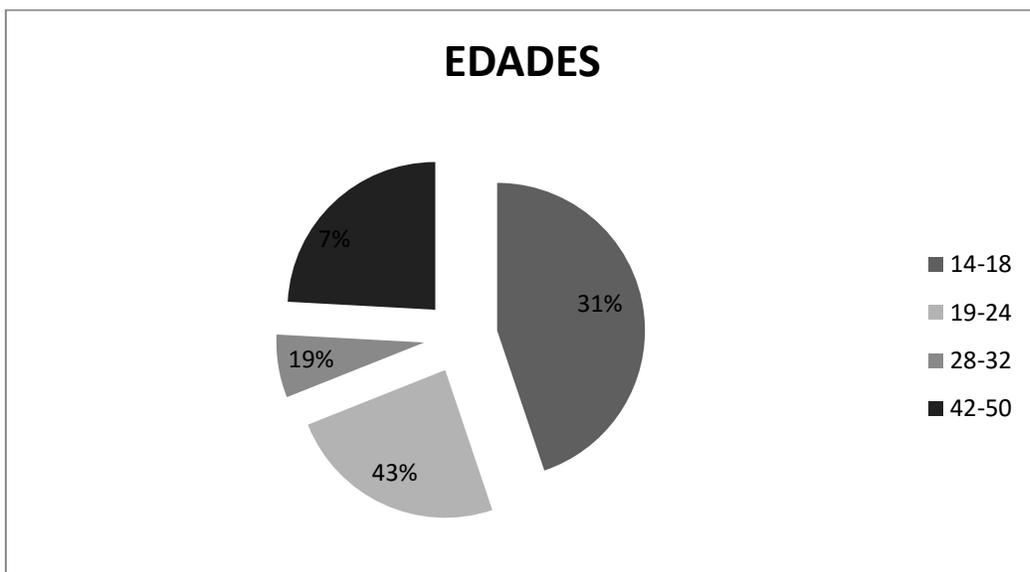
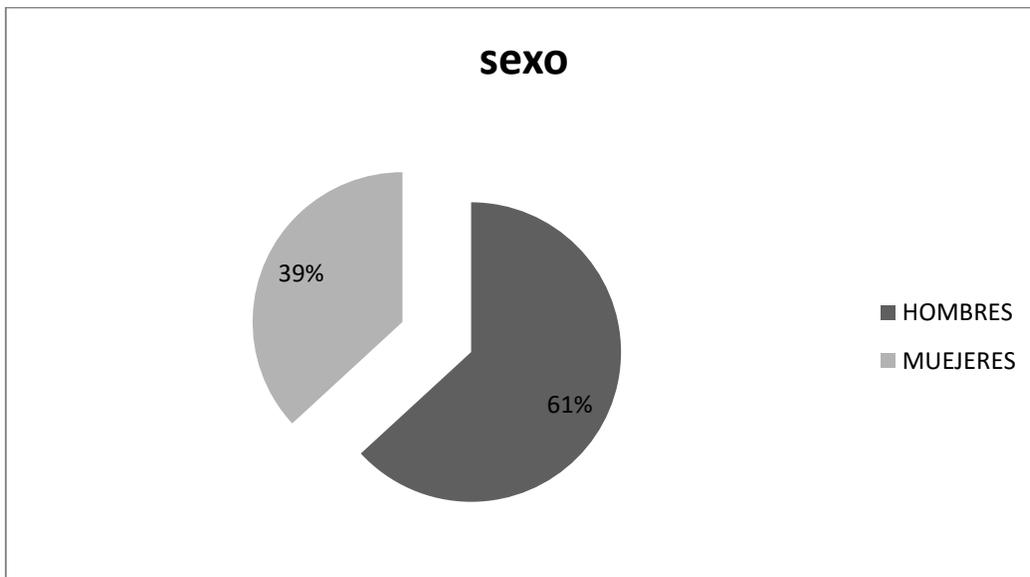
3.- cocaína

4.- alcohol

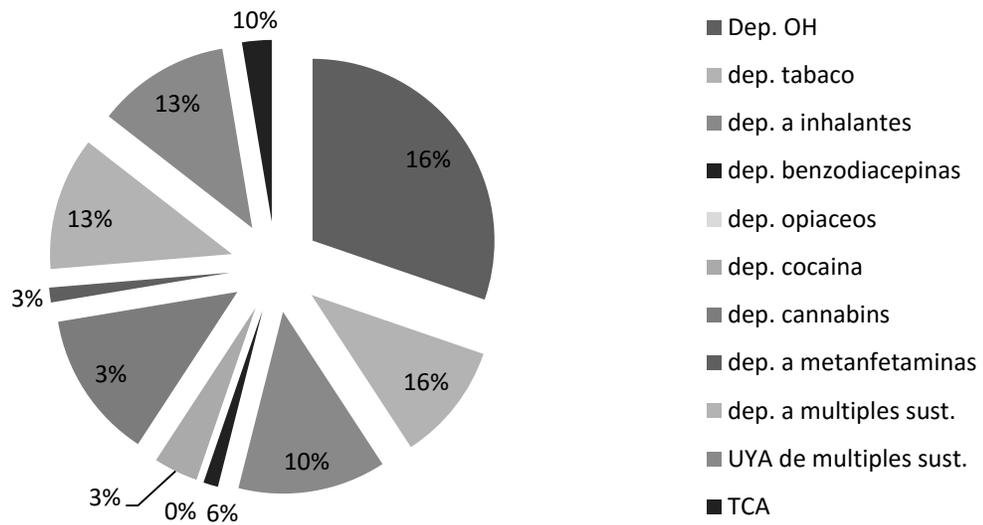
5.- tabaco

A nivel estatal (San Luis Potosí):

Se presenta con un 39% en mujeres, y un 61% en hombres entre las edades de 14 a 50 años de edad. Consumiendo drogas desde tabaco hasta cocina, alucinógenos entre otros.



DIAGNÓSTICOS DE CONSUMO



Las adicciones no solo causan un grave problema de salud sino también afectan a la sociedad, como en el caso del abandono escolar por parte de los consumidores a muy temprana edad y violencia intrafamiliar, delincuencia como drogas y asaltos por parte del consumidor, aislamiento y separación familiar.

III. OBJETIVOS.

3.1. GENERAL

Brindar una atención de calidad y cuidados sustentados científicamente mediante el Proceso Atención de Enfermería a una persona adulta del sexo masculino mediante los Diagnósticos de NANDA y el NIC y NOC para brindarle la mejor calidad de vida posible.

3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Realizar valoración por patrones de Respuesta Humana.
- Priorizar los diagnósticos obtenidos
- Establecer los criterios de resultados para la planeación de los cuidados.
- Realizar evaluación de la atención brindada mediante las escalas de evaluación de Resultados.

IV.-METODOLOGÍA

Se presenta caso clínico llevado a cabo en la Clínica Psiquiátrica Doctor Everardo Neumann Peña en la sala G, la forma que se realizó el presente proyecto fue adquiriendo información del expediente clínico ya que es un usuario interno con más de 19 años de estancia, por medio de entrevista, valoración mental o mini mental y por valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon.

Otro punto que contribuyó fue en mantener al usuario en observación durante varios días para poder observar su comportamiento, movimientos, actitudes y observar su desarrollo en el entorno, y observar cómo actúa ante las actividades que realiza el personal a los usuarios como terapia de deporte, terapia de manualidades y ver que comportamiento tendría con los demás usuarios.

V.- MARCO CONCEPTUAL

5.1 MARJORY GORDON

La doctora Gordon nació en el siglo XXI, fue profesora emérita de enfermería en el Boston College, En Chestnut Hill, Massachusetts.

Fue una teórica y profesora estadounidense, que creó una teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud de Gordon.(54)

Ha contribuido significativamente al desarrollo de un lenguaje enfermero estandarizado, su obra en este campo tiene implicaciones en la investigación, educación, evaluación y competencia, y el establecimiento de un núcleo de conocimiento enfermero basado en las evidencias.(55)

Fue líder internacional en esta área de conocimiento en enfermería siendo así la primera presidenta de la NANDA, nombrada como una «Leyenda Viviente» por la Academia Americana de Enfermería desde 1977 por la misma organización en 2009.(53)

Falleció el 29 de abril de 2015 en la ciudad de Boston, Massachusetts.

5.2. PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

Los Patrones Funcionales de salud, fueron creados por Marjory Gordon a mediados de los años 70, para enseñar a sus alumnos, de la Escuela de Enfermería de Boston, la valoración de los pacientes.

Los agrupó en 11 Patrones con una estructura para valorar cada uno de los aspectos de salud que afectan al individuo.

La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes, del paciente (físico, psíquico, social, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.(55)

Patrón 1: Percepción y manejo de la salud:

Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación de salud y bienestar.

Patrón 2: Nutricional – metabólico:

Pretende conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.

Patrón 3: Eliminación:

Pretende conocer los patrones de la función excretora de la persona.

Patrón 4: Actividad – ejercicio:

Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento.

Patrón 5: Sueño – descanso:

Describe los patrones de sueño, reposo y relajación.

Patrón 6: Cognitivo – perceptual: Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.

Patrón 7: Autoconcepción – autoconcepto:

Describe los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo.

Patrón 8: Rol – relaciones:

Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones.

Patrón 9: Sexualidad – reproducción:

Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona.

Patrón 10: Adaptación - tolerancia al estrés:

Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés.

Patrón 11: Valores – creencias:

Describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones.(53)

5.3 DROGADICCIÓN

El abuso de alcohol y sustancias adictivas, constituye uno de los problemas de salud pública en nuestra época que se presenta tanto a nivel nacional como internacional.

Siendo un fenómeno que afecta la salud de la población sin distinguir entre edad, sexo, estrato social y nivel educativo.

El abuso y dependencia de drogas se presentan frecuentemente con problemas psiquiátricos, en México el 9.4% de quienes usan alcohol también tienen trastornos afectivos, este índice aumenta a 18% cuando se toman en cuenta los casos de dependencia. El alcohol es una droga depresiva que con el tiempo afecta diferentes órganos como el riñón, hígado sistema nervioso central, generando trastornos mentales y del comportamiento, **problemas renales como hidronefrosis.**

El panorama actual muestra una mayor incidencia en el inicio de consumo a sustancias adictivas y alcohol a edades cada vez más tempranas, en la actualidad el narcotráfico ha afectado con una gran intensidad a la ciudadanía impactando más en los jóvenes y niños mediante las sustancias ilícitas como cocaína, marihuana, LSD, que son drogas que se clasifican en diferente estatus como estimulantes alucinógenos y depresores, las drogas son cualquier sustancia que introducida en el organismo vivo modifica o altera alguna de sus funciones, algunos daños que causan son daño total de neuronas, pérdida de la conciencia, alteraciones cardiacas, alteraciones respiratorias, daños hepáticos, ansiedad, problemas familiares, miedo, temor, aislamiento, depresión, abandono escolar etc.(45)

5.4. ALCOHOLISMO

ALCOHOL

El alcohol es una droga con efectos depresores, esto quiere decir que poco a poco entelentece las funciones cerebrales.

Una persona que ingiere alcohol de forma masiva no tolera un nivel de más de 3 gr. por cada litro en sangre, ya que sufriría coma, e incluso podría llegar a la muerte. También es importante destacar que el hígado humano no es capaz de metabolizar más de 9 grs. de alcohol por hora,

El alcoholismo es un padecimiento que genera una fuerte necesidad y ansiedad de ingerir alcohol, dependencia física y abstinencia. Se considera como una enfermedad

crónica, incurable, progresiva y mortal, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo determina como «toda forma de embriaguez que excede el consumo alimenticio tradicional y corriente o que sobrepasa los linderos de costumbres sociales.

FACTORES DE DEPENDENCIA

Varios factores pueden desempeñar un papel importante en su desarrollo, por lo tanto las evidencias muestran que quien tiene un padre o una madre con alcoholismo tiene mayor probabilidad de adquirir esta enfermedad, estrés, ansiedad, conflicto en relaciones interpersonales, depresión, baja autoestima, problemas económicos, problemas laborales etc.

Por lo tanto los pacientes alcohólicos suelen presentar hasta en un 80 % de los casos otros trastornos psiquiátricos asociados.

CAUSAS

Se relaciona con trastornos cardiológicos ; con aumento de padecer cáncer bucal, de garganta y esófago ; cirrosis hepática; problemas de hipertensión arterial; enfermedades del aparato digestivo como gastritis o úlcera gastroduodenal, también inflamación del páncreas; encefalopatías; disfunciones sexuales, como impotencia, pérdida de la fertilidad y trastornos menstruales; aumento de infecciones; problemas de la piel, musculares y óseos.

Beber alcohol en el embarazo es la principal causa evitable de anomalías congénitas físicas y mentales

El uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos.

El abuso de alcohol a edades tempranas causa: embarazos no deseados, muertes por accidentes de tránsito, violencia, abandono escolar y sobretodo adicción.

ESTADÍSTICAS DE FALLECIMIENTO

La Secretaría de Salud de México reporta que el abuso del alcohol se relaciona con el 70 % de las muertes por accidentes de tránsito y es la principal causa de fallecimiento entre los 15 y los 30 años de edad.

Cada año mueren en el mundo 3,3 millones de personas a consecuencia del consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,9% de todas las defunciones.

27 000 mexicanos mueren cada año por accidentes de tránsito y la mayoría se debe a que se encontraban bajo los efectos del alcohol.

TRATAMIENTO

- Reconocimiento del problema
- La desintoxicación
- Programa de rehabilitación
- Terapias de aversión / repugnancia.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Baclofeno es un medicamento, inicialmente utilizado para la espasticidad, que reduce el consumo y adicción al alcohol.

Acomprosato, puede ayudar a prevenir una recaída

Disulfiram, (como Antabus o Colme) produce efectos secundarios muy desagradables, incluso si usted toma una cantidad pequeña de alcohol, lo que hace frenar estos consumos y ayudar a mantener la abstinencia.

Naltrexona, (Vivitrol) tiene un efecto de reducción sobre el deseo de consumir alcohol.

5.5 CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

Legales:

Estas drogas, legales o blandas afectan considerablemente al organismo y en casos extremos pueden causar hasta la muerte, sin olvidar además que son un paso desgraciadamente inicial para el consumo de las más fuertes, por lo que se les llama "drogas porteras" y que al igual que estas, crean, aunque en más tiempo, un grado de adicción que hace sentirse al sujeto esclavizado y débil, debido a su incapacidad de abandonar estos hábitos dañinos.

Cola, té, café, tabaco y alcohol.

De prescripción médica:

Narcóticos, sedantes, tranquilizantes, anti parkinsonianos, simpático-tónicos.(35)

Ilegales:

Marihuana, cocaína, heroína, L.S.D. hongos, polvo de ángel y drogas de síntesis como el ICE, éxtasis y desafortunadamente muchas más.

Inhalantes: como los derivados del Tolueno presentes en pegamentos, plásticos, disolventes y barnices. Así como otras sustancias donde se cuentan los combustibles, betunes y des congelantes.(38)

Según sus efectos sobre las funciones psíquicas.

Drogas estimulantes o exitatorias:

Cola, cacao, té, mate, café, metilfenidato, anfetaminas, simpático-tónicos, metanfetaminas (ICE), coca.

Drogas depresoras:

Sedantes o inhibitorias: alcohol, tranquilizantes. Hipnóticos, morfina, heroína, fentanil, inhalantes y otros.

Drogas distorsionante psicodélicas o alucinógenos:

anti parkinsonianos, vago líticos, marihuana. L.S.D., polvo de ángel o PCP, mezcalina, hongos, metanfetaminas (ICE), éxtasis y otros.

Drogas de efectos simultáneos, estimulantes y depresores:

Tabaco.

Drogas de efectos simultáneos, depresores y alucinógenos:

Marihuana.

Mientras que el alcohol (droga blanda)

Dura unos 5 años para llegar a la **esclavitud**, las drogas ilegales hasta con una sola vez de consumo crean adicción.(21)

5.6. FISIOPATOLOGIA

HIDRONEFROSIS BILATERAL

La hidronefrosis bilateral se presenta cuando la orina no puede bajar desde el riñón por los uréteres hasta la vejiga.

Es una enfermedad específica caracterizada por un aumento anormal en el tamaño de la zona de los riñones, agua dentro del riñón y se usa para describir al **riñón que contiene más líquido de lo normal**.

se caracterizan por dolores renales o retro-uretrales, sea por un aumento de volumen del riñón.(45)

5.7 CAUSAS

Anatómicos

Fisiológicos

MAL FUNCIONAMIENTO DE LA HORMONA ANTIDIURETICA

Malformación congénita de la arteria renal.

Estrechamiento patológico del lumen interior del tracto urinario a nivel del riñón, uréter, esfínter de la vejiga o la uretra. (33)

5.8 SÍNTOMAS

En las primeras etapas del desarrollo de la hidronefrosis no tiene prácticamente ningún síntomas y manifestaciones clínicas.

El paciente tiene sólo un ligero deterioro de la salud, la **fatiga**.

Cuando provoca síntomas, lo común es que se evidencie por manifestaciones de infección urinaria, **hematuria** ligera relacionada con un traumatismo abdominal poco intenso, o molestias dolorosas que puedan ser epigástricas o abdominales difusas.(27)

5.9 DIAGNÓSTICO

La realización de una valoración directa con el paciente mediante el interrogatorio directo con el paciente es la forma directa de diagnóstico, cuestionando acerca de:

- Frecuencia al orinar durante el día
- Color de la orina
- Presencia de dolor al orinar
- Cantidad aproximada de orina
- Una vez realizada la valoración el médico recomendará los siguientes estudios:
- EGO Examen general de orina
- Tomografía computarizada del abdomen
- Exámenes de laboratorio ecografía de ambos riñones uréter y vejiga.
- Examen de rayos **x** de estos órganos con el uso de agentes de contraste.
- Imagen de resonancia magnética.(25)

5.10 TRATAMIENTO

Los Tipos de tratamiento para el alcoholismo dependen de las características de la dependencia de la persona y del apoyo familiar. Es así como se tienen:

a) Tratamientos conductuales. Los tratamientos conductuales apuntan a modificar los comportamientos de consumo de alcohol a través del asesoramiento. Son conducidos por profesionales de la salud y están respaldados por estudios que demuestran que pueden resultar beneficiosos.

Tipos de tratamientos conductuales:

- **Terapia cognitiva conductual:** Puede llevarse a cabo de manera individual con un terapeuta o en pequeños grupos. Esta forma de terapia se concentra en identificar las sensaciones y las situaciones (denominadas “pistas” o “indicios”) que lo llevan a beber en exceso y en manejar el estrés que puede llevarlo a una recaída. El objetivo es modificar los procesos de pensamiento que lo llevan a beber en exceso y desarrollar las aptitudes necesarias para lidiar con situaciones cotidianas que podrían disparar problemas de consumo de alcohol.
- **Terapia de estímulo motivacional (MET, por sus siglas en inglés):** Se desarrolla durante un breve período de tiempo para forjar y reforzar la motivación que le permita modificar su comportamiento respecto del consumo de alcohol. La terapia se concentra en identificar los pros y los contras de la búsqueda de tratamiento, en diseñar un plan para modificar su hábito de consumo de alcohol, en forjar confianza y en desarrollar las habilidades que precisa para ceñirse al plan.
- **Consejería marital y familiar:** Incorpora a los cónyuges y otros familiares en el proceso de tratamiento, y puede desempeñar un papel importante en la reparación y mejora de las relaciones familiares. Los estudios realizados demuestran que un fuerte apoyo familiar a través de la terapia de familia aumenta las probabilidades de perseverar en la abstinencia (detener el consumo de alcohol), en comparación con aquellos pacientes que reciben asesoramiento individual.
- **Intervenciones breves:** Se trata de sesiones de consejería cortas, individuales o en pequeños grupos, limitadas en el tiempo. El consejero provee información acerca de los patrones de

consumo de alcohol de la persona y los riesgos potenciales. Una vez recibida la retroalimentación personalizada, el asesor trabajará con el cliente para fijar objetivos y aportar ideas que lo ayuden a hacer el cambio.

b) Medicamentos. Actualmente, existen tres medicamentos aprobados en los Estados Unidos para ayudar a las personas a dejar o reducir el consumo de alcohol y prevenir la recaída. Son prescritos por médicos dedicados a la atención primaria u otros profesionales de la salud, y pueden aplicarse solos o combinados con asesoramiento.

c) Grupos de apoyo mutuo. Son ejemplo Alcohólicos Anónimos (AA) y otros programas de doce pasos ofrecen el apoyo de personas que han vivido experiencias similares a quienes están dejando la bebida o reduciendo su consumo de alcohol. Combinados con un tratamiento conducido por profesionales de la salud, los grupos de apoyo mutuo pueden representar un valioso estrato de apoyo adicional. Debido al carácter anónimo que caracteriza a los grupos de apoyo mutuo, resulta difícil a los investigadores determinar sus índices de éxito en relación con los procedimientos realizados por profesionales de la salud.

5.11. PRONOSTICO

La enfermedad de pronóstico grave y con frecuencia termina con la necesidad de diálisis o trasplante de riñón. Con el tratamiento, aproximadamente el 70% de las personas con alcoholismo son capaces de disminuir el número de días que consumen alcohol y mejorar su estado general de salud dentro de los seis meses.

Por otro lado, la mayoría de las personas que han recibido tratamiento para un trastorno por consumo de alcohol han sufrido una recaída al menos una vez durante el primer año después del tratamiento.

Los individuos parecen beber con menos frecuencia y menor cantidad después de recibir tratamiento en comparación con antes del tratamiento.

Dependiendo la recuperación de la función renal que puede variar y dependiendo de la duración de la obstrucción. Esto si se presentara alguna complicación se desarrollaría una insuficiencia renal a raíz de trastornos que causan hidronefrosis.

VI.- PRESENTACIÓN DELCASO

6.1 FICHA DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: FCJB **EDAD:** 50 años

SEXO: Masculino **ESTADO CIVIL:** Unión libre

ECOLARIDAD: Secundaria

OCUPACION: Inactiva

FECHA DE NACIMIENTO: 01- 04-65

FECHA DE INGRESO: 17-07-15

DX: TMC SECUNDARIO A ABUSO DE MULTIPLES SUSTANCIAS Y ALCOHOL.
F-10

DX Médico: Hidronefrosis bilateral

6.2 HISTORIA CLÍNICA

USUARIO: FCJB Sexo: Masculino de 50 años de edad, soltero, Peso de 69kg,
Talla: 1.74mts, IMC: 22.5, Fecha de nacimiento: 01-04-65.

Inicio de padecimiento en el año de 1991, posteriormente presentando múltiples internamientos. Diagnóstico: Trastorno mental y del comportamiento secundario a consumo de sustancias y alcohol. Fecha ultima de ingreso: 17 –Julio- 2015.

6.3 PADECIMIENTO ACTUAL

Paciente masculino de 50 años comenzando padecimiento desde el año de 1991, con fecha de ingreso: 17-07- 15 requiriendo múltiples internamientos en la Clínica DR. Everardo Neumann Peña.

Cursando un Diagnostico: de Trastorno Mental y del Comportamiento secundario a abusos de sustancias, TMC abuso de alcohol F-10,

Con Diagnostico Medico: Fibrosis Bilateral, Insuficiencia venosa periférica, con nula conciencia de enfermedad, desorientado, presentando alucinaciones visuales y auditivas, con signos vitales:

FC	FR	T/A	T
65XMIN	18XMIN	110/90	36grados

6.4 EXAMEN MENTAL

Alerta, tranquilo, con regulares cuidados de higiene y aliño, cooperador al manejo, orientado solo en persona, con lenguaje espontaneo fluido incoherente, verborreico, con pensamiento ilógico, con ideas delirantes pseudoalucinaciones, con juicios pobres, con ánimo fluctuante pasando de expansividad a comportamiento adinámico, con nula conciencia de enfermedad.

6.5 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

PSIQUIATRICO:

Olanzapina	10mg	oral	1-0-2
Lorazepam	1mg	oral	1-0-2
Valproato de Mg	200mg	oral	2-0-3

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Ketoprofeno	100mg	oral	1-0-1
Clopidrogel	75mg	oral	1-0-0
Sales de potasio	10meq	oral	3-3-3
Cloruro de sodio	500meq	oral	5-5-5
Loratadina	10mg	oral	1-0-0
Tamsulosina	0.4mg	oral	1-0-0
Finasterida	5mg	oral	1-0-0

Espirinolactona	25mg	oral	1-0-0
Amlodipino	5mg	oral	1-0-1
Fumarato Ferroso	200mg	oral	1-0-0
Acido Fólico	5mg	oral	1-0-0
Captopril	25mg	oral	2-0-0

VII.- VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES MARJORY GORDON

1.-RECEPCIÓN MANEJO DE LA SALUD

Usuario de 50 años de edad con diagnostico Trastorno mental y del comportamiento secundario a abuso de sustancias y alcohol desde el año de 1991, con múltiples internamientos desde hace 14 años cursando con diagnostico medico **Hidronefrosis bilateral**, con nula conciencia de enfermedad

2.- NUTRICIÓN METABÓLICO

Usuario con ingesta alimenticia de 1700kcalorias, hipo sódica de 3 tiempos baja en grasas, baja en carbohidratos, con apoyo de 200mg de Fumarato ferroso, 5mg de Ácido Fólico, 30meq de Sales de Potasio, 2.5gr de Cloruro de Sodio, consumiendo 1lito aproximado de agua, sin presencia de piezas dentales, con presencia de piel mucosas y labios deshidratadas, con presencia de distensión abdominal.

3.- ELIMINACIÓN

Usuario con presencia de **poliuria**, presentando **hidronefrosis bilateral**, presentando en ocasiones estreñamiento, de 0 a una evacuación cada 2 días con eses pastosas de color oscuras sin presencia de olor

4.- ACTIVIDAD / EJERCICIO

Usuario que presentando lentitud en la marcha en miembros inferiores por lo cual no realiza actividades físicas pesadas, con presencia de fatiga, con presencia de signos vitales: FC: 65x minuto, FR: 18 x minuto, T/A: 110/90mmHg.

5.- SUEÑO /DESCANSO

Usuario que se encuentra cansado, durmiendo 4hrs durante la mañana, con problemas para conciliar el sueño durante la noche.

6.- COGNITIVO PERCEPTUAL

Usuario que se encuentra en ocasiones desorientado, orientado solo en persona, con memoria tardía, con distracción durante la entrevista, con dificultad para concentrarse con lenguaje incoherente con tono de voz alto, presentando alucinaciones auditivas y visuales, con conducta intromisiva e irritabilidad por momentos y demándate.

7.- AUTOPERCEPCIÓN /AUTOCONCEPTO

Usuario se percibe con irritabilidad, en momentos con facie de enojo, refiriendo ansiedad, con momentos de manía.

8.- ROL/ RELACIONES

Usuario que se encuentra soltero, separado de su familia internado dentro de la clínica DR Everardo Neumann Peña, teniendo poca interacción con su familia, cursando buena interacción social con el personal y pacientes del servicio.

9.- SEXUALIDAD

Usuario cursando una vida sexual inactiva aproximadamente 12 años.

10.- ADAPTACION TOLERANCIA AL ESTRÉS

Usuario que presenta buena adaptación en actividades de sala acatando indicaciones y cooperador sin presencia de estrés.

11.- VALORES Y CREENCIAS

Usuario refiere creer en dios

VIII.- PLAN DE ATENCIÓN

8.1 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno

Exceso de volumen de líquidos

Ansiedad

Dominio:05: Percepción cognición	Clase:2: orientación	:
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA

Etiqueta (problema) (P):

Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno

Definición: Falta constante de orientación respecto a las personas, el espacio, el tiempo o las circunstancias, durante mas de 3-6 meses que requiere un entorno protector

Factores relacionados (causas)(E)

Demencia

Características definitorias (signos y síntomas)

Desorientación constante
Incapacidad para concentrarse
Incapacidad para razonar

DOMINIO	91620 Alucinaciones	Desde grave hasta ninguno	. Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es <u>mantener la</u>
Salud psicosocial (3)	91602 Desorientación espacial	Desde grave hasta ninguno	
CLASE	9161 Inquietud	Desde grave hasta ninguno	
Neurocognitiva (J)	91606 Deterioro de la memoria	Desde grave hasta ninguno	
RESULTADO			
Nivel de confusión aguda			

Estados confusionales crónicos

(0916)

puntuación
e
idealmente
aumentarla
.

Campo: 2: Fisiológico: complejo **Clase:** H
Control de fármacos

INTERVENCIONES (NIC):

Manejo de la medicación (2380)

DEFINICION: Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación

Campo: 01: Fisiológico Básico **Clase:** F:
Facilitación de los autocuidados

INTERVENCIONES (NIC):

Mejorar el sueño (1850)

DEFINICION: Facilitar ciclos reguladores de sueño/vigilia

ACTIVIDADES

- ❖ Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y el protocolo.
- ❖ Vigilar la eficiencia de la modalidad de administración de la medicación
- ❖ Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente
- ❖ Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos
- ❖ Controlar el cumplimiento del régimen de medicación
- ❖ Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito
- ❖ Desarrollar estrategias para controlar efectos secundarios de los fármacos
- ❖ Determinar el impacto del uso de la medicación en el estilo de vida del paciente

ACTIVIDADES

- ❖ Determinar el esquema de sueño del paciente
- ❖ Determinar los efectos que tiene la medicación del paciente en el esquema de sueño
- ❖ Observar, registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente
- ❖ Ajustar el ambiente luz, ruidos ,cama, para favorecer el sueño
- ❖ Educar al paciente a que se establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar el sueño
- ❖ Controlar la ingesta de alimentación y bebidas a la hora de irse a la cama para determinar los productos que faciliten o entorpezcan el sueño
- ❖ Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario.
- ❖ Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño del paciente.

❖ Facilitar los cambios de medicación con el medico si procede

❖ Disponer siestecillas durante el día, si se indica para cumplir con las necesidades de sueño

Dominio:2: Nutrición	Clase:05: Hidratación
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	
Etiqueta (problema) (P): Exceso volumen de líquidos(0002)	
Definición: Aumento de la retención de líquidos isotónicos	

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
DOMINIO	6011 Electrolitos séricos	Desde grave hasta ninguno	. Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en
Salud fisiologica (2)	60116 Hidratación cutánea	Desde grave hasta ninguno	
CLASE	615	Desde grave hasta ninguno	

Factores relacionados (causas)(E)

Compromiso de los mecanismos reguladores

Características definitorias (signos y síntomas)

- Desequilibrio de los electrolitos
- Ansiedad
- Cambios en la presión arterial

(G)	Sed	Desde grave hasta ninguno	la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es <u>mantener</u> la puntuación e idealmente <u>aumentarla</u> .
RESULTADO	60101 Presión arterial		
Equilibrio hídrico (0601)			

Campo: 2: Fisiológico: complejo **Clase:** G control de electrolitos

INTERVENCIONES (NIC):

Manejo de líquidos/ electrolitos 2080

DEFINICION: Regular y prevenir las complicaciones derivados de niveles de líquidos y/ o electrolito.

ACTIVIDADES

- ❖ Obtener muestras para el análisis en el laboratorio de los niveles de líquidos o electrolitos alterados(proteína, sodio potasio)
- ❖ Vigilar los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos
- ❖ Controlar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos.

Campo: 01: Fisiológico Básico **Clase:** B: Control de la eliminación

INTERVENCIONES (NIC):

Manejo de la eliminación urinaria

DEFINICION Mantenimiento de un esquema de eliminación urinaria óptimo.

ACTIVIDADES

- ❖ **Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria**
- ❖ **Obtener muestra para el análisis de orina**
- ❖ **Controlar periódicamente la eliminación urinaria , incluyendo la frecuencia , constancia, olor, volumen y color.**

- ❖ Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de líquidos
- ❖ Proporcionar la dieta prescrita apropiada para restaurar el equilibrio de líquidos o electrolitos
- ❖ Administrar el suplemento de electrolitos si procede
- ❖ Observar si se producen efectos secundarios como consecuencia del suplemento
- ❖ Instaurar medidas para controlar la pérdida excesiva de electrolitos.
- ❖ Vigilar los signos vitales, si procede.
- ❖ Consultar con el médico si los signos y síntomas del desequilibrio de líquidos y/o electrolitos persisten o empeoran.

- ❖ **Restringir líquidos si procede**
- ❖ **Anotar la hora de la última eliminación urinaria si procede**
- ❖ **Enseñar al paciente a responder inmediatamente a la urgencia de orinar**
- ❖ **Ayudar al paciente con el desarrollo de la rutina de ir al aseo**

IX.- PLAN DE ALTA

No existe plan de alta en este usuario ya que los familiares no responden al compromiso del usuario por lo cual se encuentra interno por más de 19 años siendo así un interno crónico.

Se le mantiene con vigilancia continua acompañando al usuario durante su estancia al área de comedor, baños, ropería, jardín, chequeo médico, dormitorios, en su caso visita,

Debido a que son usuarios que por su larga estancia suelen cursar por momentos de descontrol de impulsos, (IS) Intento suicida, depresión grave en algunos casos euforia e irritabilidad, se deben tener bajo estricta observación y vigilancia.

Se les debe de asistir en cualquier signo o dato de alarma como vómito, fiebre, hematuria, irritabilidad aislamiento y sobre todo en la negación de adquirir su medicamento.

Se le brindan cuidados alimenticios brindándole una dieta balanceada aproximadamente de 3000 KCAL por día, baja en sales (sodio), con una aportación mayor en frutas y verduras ricas en vitamina c, evitando la ingesta excesiva de líquidos, tratamiento farmacológico y chequeo médico para poder darle una mejor calidad de vida.

X.-CONCLUSIONES

En conclusión el alcohol y las drogas a muy temprana edad causan un gran problema de salud, el cual el abuso llega a causar dependencia y adicción afectando en total plenitud la salud, incluso llegar a causar una enfermedad mental.

Los cuidados e intervenciones sustentadas y aplicadas mediante el proceso cuidado enfermero ayudan al mejoramiento del paciente psiquiátrico para readaptarlos en su entorno y mejorar su calidad de vida.

En conclusión Enfermería a desarrollado un gran papel no tanto en el cuidado proceso enfermero si no aplicando el lado humanista realizando actividades de apoyo, comprensión, cariño y entrega, asistiendo al usuario mediante platicas de orientación acerca de las causas de drogadicción y alcoholismo para poder apoyar al usuario que cursa una enfermedad de adicción.

XI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Johnson M. Bulechek G, Butcher H., McCloskey J. Mass M., Moorhead S., Swanson E., Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2º Edición. Elsevier Mosby Madrid, España.2007.
2. Moorhead S.Johnson M., Mass M. Swanson E. Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier Mosby. 4º. Edición. Madrid, España. 2009.
3. Bulechek. G. Butcher H. McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier Mosby. 5º. Edición. Madrid, España. 2009.
4. *Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV. Williams& Wilkins. Baltimore, 1994.*
5. Vallejo Ruiloba J. Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Salvat Editores. 3ra. Edición. Barcelona. 1991.
6. Sullivan, H. S., la entrevista psiquiátrica. Buenos Aires, Ed. Psique, 1959.
7. Ey H., Tratado de Psiquiatría. Barcelona, España, Ed. Toray Masson. 8va. Edición.
8. Castro López-Guinard Iram., Psicopatología Clínica. Ed. Revolucionaria, La Habana, Cuba, 1986.
9. DICCIONARIO TERMINOLÓGICO DE CIENCIAS MÉDICAS. Ed. Salvat, Barcelona. Pag 484. Año 1979.
- 10 AMBROJ NAVARRO C, VALDIVIA URÍA JG. Uropatía obstructiva. En Resel Estévez, L. Ed.: Urología: libro del residente. Editorial ENE, Madrid. Pag. 89. 1998.
11. COUVELAIRE R, PATEL J, PETIT P. Patología de las funciones de la vía urinaria excretora. Couvelaire R, Patel J, Petit P. Eds. Patología del aparato genitourinario masculino y femenino. Editorial Morata, Madrid. Pag. 365. 1957.

12. PARK JM, BLOOM DA. The pathophysiology of UPJ obstruction. Current concepts. *Urol Clin North Am* 25 (2): 161. 1998.
13. REDDY PP, MANDELL J. Prenatal diagnosis. Therapeutics implications. *Urol Clin North.Am* 25 (2): 171. 1998.
14. ANDERSON KR, WEISS RM. Physiology and evaluation of ureteropelvic junction obstruction. *J Endourol* 10: 87. 1996.
15. KELALIS PP. Ureteropelvic junction. In Kelalis PP, King LR eds. *Clinical pediatric urology*. Ed. W.B. Saunders Company, Philadelphia. Pag. 239. 1976.
16. MURNAGHAN GF: The dynamics of the renal pelvis and ureter with reference to congenital hydronephrosis. *Br J Urol* 30: 321. 1958.
17. NOTLEY RG: Electron microscopy of the upper ureter and the pelvic-ureteric junction. *Br J Urol* 40: 37. 1968.
18. ALLEN TD. Congenital ureteral strictures. *J Urol* 104: 196. 1970.
19. FOOTE JW, BLINNERHASSETT JB, WIGLESWORTH FW et al. Observations on the ureteropelvic junction. *J Urol* 104: 252. 1970.
20. Pais VM, Strandhoy JW, Assimios DG. Fisiopatología de la obstrucción del tracto urinario. En: Wein AJ, ed. *Campbell-Walsh Urología*. 9th ed. Philadelphia, Pa: Sauders Elsevier; 2007: chap 37.
21. Hsu THS, Strem SB, Nakada SY. Gestión de obstrucción del tracto urinario superior. En: Wein AJ, ed. *Campbell-Walsh Urología*. 9th ed. Philadelphia, Pa: Sauders Elsevier; 2007: chap 38.

22. Elder JS. Obstruction of the urinary tract. En: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. Nelson de libros de texto de Pediatría. 18th Ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007: chap 540.

23. Frokiaer J, Zeidel ML. Obstrucción del tracto urinario. En: Brenner BM, ed. Brenner & Rector's The Kidney. 8th ed. Philadelphia, Pa; Saunders Elsevier; 2007: chap 35.

24. BAUER SB, PERLMUTTER AD, RETIK AB. Anomalías del tracto urinario superior. En Walsh PC, Retik AB, Stamey TA and Vaughan ED, Eds. Campbell urología. Ed. Médica Panamericana 6ª edition. Buenos Aires. Pag. 1390. 1994.

25. Alan J. Wein, Louis R. Kavoussi, Andrew C. Novick, Alan W. Partin. Campbell-Walsh Urología. 9a ed. Tomo II. Editorial Médica Panamericana, 2009.

26. Carballido JA, Suárez C, Sola I, Olivier C. Síndrome obstructivo de la vía urinaria. Medicine 2003;8:6023-32.

27. Carballido J, Sola I. Síndrome obstructivo de la vía urinaria. Medicine 2007;9:5319-27.

28. Martínez-Ballesteros C, Martínez-Salamanca JI, Sola I, Carballido J. Uropatía obstructiva. Medicine 2011;10:5595-600

29. 4. Ferrarez Bouzada MC, Araujo Oliveira E, Kfoury Pereira A. Diagnostic accuracy of postnatal renal pelvic diameter as a predictor of uropathy: a prospective study. *Pediatr Radiol* 2004; 34: 798-804 5. Peña Carrión A, Espinosa Román L, Fernández Maseda M.A. *An Pediatr* 2004; 61 (6): 493-98

29. May Llanas M^a. E, Moreira Echeverría A, García Boente C.V. Ectasia piélica de diagnóstico prenatal. Incidencia y protocolo de estudio durante el año 2003. *An Pediatr* 2004; 61(6): 499-501 7. Areses Trapote R, Urbieta Garagorri M.A, Ubetagoyena Arrieta M. Hidronefrosis congénita primaria unilateral grave. Revisión de 98 casos. *An Pediatr* 2006; 64(1):11-20

30. Espino M, Adiego B, Granados A. Prenatal Hydronephrosis: Grade and Anteroposterior Diameter of Renal Pelvis as Pronostic Factors. *Pediatr Nephrol* 2007; 22: 1515.
31. Ministerio de Prevención Social y Salud Pública (Gestión 1985-1991).
32. Actividades del Dpto. Nacional de Salud Mental. Dirección Nacional de Epidemiología. La Paz. Alarcón Renato. (1982).
33. Alternativa de Asistencia Psiquiátrica en Bolivia. Sucre: Instituto Nacional de Psiquiatría "Gregorio Pacheco". Bugental, J.F. (1964). The third Force in Psychology. Nueva York: Journ. of HP. Bühler, Ch. (1967).
34. Higiene Mental del Niño. Buenos Aires: Paidós. El Comité Cosultivo Mundial de Investigaciones Médicas (CCMIM) da Prioridad a las Investigaciones sobre la Salud Mental y el Comportamiento Humano. (1981).
35. Crónica de la OMS. Climent, C.E.; Diop, B.S. ; Harding, T.W.; et al. (1980).
36. La Salud Mental en la Atención Primaria de Salud. Crónica de la OMS. p. 249-255. Dávila, H. (1995).
37. Departamento Nacional de Salud Mental. Boletín de PREID. Dávila, H. (1994) La Salud mental.
38. Difusión en Investigación. Ministerio de Desarrollo Humano – Secretaria Nacional de Salud. P. 7, 11-15.
39. Davini, Gellon de Salluzi, Rossi. (1978). Psicología General. Argentina: Kapelus. Evang, K. (1974, enero). ¿Es la Salud Mental Salud Pública?.
40. Salud Mundial. Ellman, F. (1984). Fenomenología y Expresionismo. Barcelona: alfa. Frick, W. (1973).
41. Psicología Humanista. Buenos Aires: Guadalupe. Fromm, E. (1987). Humanismo Socialista. Barcelona: Paidós. La Función del Psicólogo en los servicios de Salud Mental. (1974). Crónica de la OMS. p. 122.

42. Kahn, J.H. (1973). Salud Mental y Vida Familiar. Salud Mundial. pp. 9-15.
43. Lambo, T.A. (1982). Salud Mental: Amanece un Nuevo Día. Salud Mundial. p. 2
44. Carr, A. (ed.) (2000) What Works with Children and Adolescents? A Critican Review of Psychological Interventions with Children, Adolescents and their Families. London: Brunner-Routledge.
45. Rutter, M. & Taylor (eds) (2002) Child and Adolescent Psychiatry (4th edn). London: Blackwell.
46. Scott, A., Shaw, M. & Joughin, C. (2001) Finding the Evidence: A Gateway to the Literature in Child and Adolescent Mental Health (2nd edn). London: Gaskell.
47. Nordmark, Rohweder, Bases Científicas de enfermería segunda edición, Editorial Manual Moderno, México DF 711 pág.
48. Stephen J. McPHEE, Fisiopatología de la enfermedad: Una introducción a la medicina clínica, 6ª edición, Editorial Mc Graw Hill, China 2011, 742 pag.
49. Andrew Breman, Shirlee Snyder Barbará Kozier Glenora Erb , Fundamentos de enfermería conceptos, procesos prácticas , Vol. I-II, 8º edición Editorial Pearson, Madrid España 2008.
50. Gloria M. Bulechek Howard K. Butcher, Clasificación de Intervenciones de Enfermería, Quinta edición, Editorial Elsevier Mosby, Madrid España, 2011.
51. NANDA, Diagnósticos Enfermeros Editorial Elsevier, Barcelona España 2009-2011.
- 52.-15/05/17//es.slideshare.net/Kaxetikos/marjory-gordon-y-sus-11-patrones-funcionales.hp
- 53.- Gordon M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. 3º Edición. Mosby/Doyma Libros. Madrid 1996
- 54.- Gordon, M. Manual de diagnósticos enfermeros. Mosby/Doyma. Madrid 2003

55.- Fornés Vives, J. y Carballal Balsa, M.C. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención. Editorial Médica Panamericana. Madrid. 2000

56.- 15/05/17//www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/hp

57.15/05/07://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1552§ionid=90375008