



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN
NICOLAS DE HIDALGO**

FACULTAD DE ENFERMERIA

PROCESO ENFERMERO

**PROCESO ATENCION ENFERMERIA APLICADO A UN USUARIO CON
TRASTORNO BIPOLAR EN FASE MANIACA BASADA EN LA
TEORIA GENERAL DEFICIT DE AUTOCUIDADO DE LA TEORICA
DOROTHEA E. OREM.**

**PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA.**

**PRESENTA:
YURINTZE RODRIGUEZ COLIN.**

**ASESORA
L.E.P.D. ROSA MARIA CASILLAS FRANCO**

MORELIA, MICHOACAN AÑO DEL OCTUBRE 2007

DIRECTIVOS.

M.E.M. JOSEFINA VALENZUELA GANDARILLA.
DIRECTORA DE LA FACULTAD.

L.E.D. MA. JESUS RUIZ RESENDEZ.
SECRETARIA ACADEMICA.

L.E.D. ANA CELIA ANGIANO MORAN.
SECRETARIA ADMINISTRATIVA.

DEDICATORIA.

A MIS PADRES.

Por haberme dado la vida
Y guiarme por el buen camino
Con sus buenos ejemplos
Por inculcarme buenos principios
Por el sacrificio tan grande que hicieron
Para que yo llegara hasta donde estoy
Les doy mil gracias por ser mis padres.
Los quiero mucho.....

A MI HERMANA:

Por enseñarme a enfrentar la vida
A pesar de las adversidades
A luchar por nuestros sueños
Y sobre todo por estar siempre conmigo.

A MIS AMIGOS:

Elía, Leonel, Guadalupe
Por los momentos agradables y desagradables que compartimos
Por siempre estar conmigo
Por permitirme ser parte de sus vidas
Por aceptarme con mis defectos y virtudes.
Gracias por su amistad....

INDICE.

INTRODUCCION.....	1
JUSTIFICACION.....	2
OBJETIVO.....	5
MARCO TEORICO.....	6
• PROCESO ATENCION ENFERMERIA.....	12
• ANTECEDENTES HISTORICOS	19
• DEFICION DE L TRASTORNO BIPOLAR	24
• CAUDAS FACTORES DE RIESGO	25
• CLASIFICACION	27
• MANIFESTACIONES CLINICAS	28
• DIAGNOSTICO	32
• TRATAMIENTO	33
CASO CLINICO.....	41
PLAN DE CUIDADOS	43
CONCLUSIONES.....	47
BIBLIOGRAFIA.....	48
GLOSARIO.....	50
ANEXOS.....	54

INTRODUCCIÓN.

La afectividad, no una función psíquica especial, sino un conjunto de emociones, estados de ánimo, sentimientos que impregnan los actos humanos a los que dan vida y color, incidiendo en el pensamiento, la conducta, la forma de relacionarnos, de disfrutar, de sufrir, sentir, amar, odiar e interaccionando íntimamente con la expresividad corporal, ya que el ser humano no asiste a los acontecimientos de su forma de vida.

Las primeras civilizaciones atribuían la causa de la locura a fuerzas mágicas o divinas. Los primeros tratamientos eran administrados por sacerdotes ya que estos se basaban en creencias y rituales religiosos; posteriormente las sociedades griegas y romanas comenzaron a aplicar el conocimiento médico.

En el renacimiento (siglo XV y XVI) fue una época bárbara con las personas que padecían de trastorno mentales ya que las autoridades eclesiásticas los consideraban brujos y eran torturados. Los manicomios del siglo XVII y XVIII; los encadenaban y los azotaban era una forma de tratamiento.

En el siglo XIX anuncio el comienzo de una era caracterizada por una aproximación más científica a la medicina especialmente a la psiquiatría.

El trastorno Bipolar es una enfermedad del ánimo que comprende dos fases o episodios generalmente severos, tanto de presesión como de manía. Las personas que padecen esta enfermedad experimentan episodios donde su estado de ánimo cambia pasando de etapas de tristeza o apatía y desesperanza (episodios de depresión) a etapas de euforia irritabilidad y animo exageradamente elevado (episodios de manía). Estos episodios de alternan entre si por que el paciente experimenta cambios emocionales.

Por ello la integración de los conocimientos teóricos de las (los) Enfermeras (os) son elementales para la elaboración de cualquier Proceso

Atención Enfermería (PAE) a problemas relacionados con el estado de salud enfermedad del usuario psiquiátrico.

Para la elaboración de este Proceso Atención Enfermería se utilizo la Teoría General del Déficit del Autocuidado de Dorothea E. Orem

JUSTIFICACIÓN.

A lo largo del tiempo y a medida que se ha acumulado la experiencia en el tratamiento de los enfermos con trastorno bipolar, se ha encontrado que es un padecimiento que genera además de las manifestaciones clínicas ya conocidas, una gran cantidad de problemas en el entorno del paciente. Por lo general existe desconocimiento desconcierto por parte de los familiares y del propio paciente sobre muchos aspectos de la enfermedad. Esto hace que se generen dudas e ideas erróneas que en vez de ayudar, complica a un mas el problema de salud. Por otra parte es importante mencionar que el paciente se le dificulte entender y aceptar su enfermedad; y esto ocasiona que muchas veces sean el motivo del abandono del tratamiento, así como la falta de apoyo y comprensión de los familiares y de quienes conviven con el enfermo.

Por tal motivo el principio fundamental de realizar el Proceso Atención Enfermería (PAE) Aplicado a un usuario con trastorno bipolar; es conocerlo y tratarlo de manera integral a través de un sistema de planificación de cuidados enfermeros que estudia los patrones de respuesta humana en base a las cinco esferas (fisiológicas, psicológicas, sociales, espirituales y culturales) que afectan de manera determinante el estado de salud.

Esto me ha convencido de que existe la necesidad de informar de manera amplia pero ha al vez sencilla tanto al usuario como a la familia y comunidad así como brindar una atención dentro del ámbito hospitalario

Para la elaboración de este proceso se utilizo el modelo de Dorothea E. orem utilizando la guía de capacidades de autocuidado así como las etapas del proceso atención enfermería.

La información que se proporciona se basa en conocimientos médicos y de enfermería que se tiene en relación con el Trastorno Bipolar en lo que respecta a las causas, síntomas, evolución y tratamiento

OBJETIVO GENERAL.

Elaborar un plan de cuidados basado en la teoría General del Déficit del Autocuidado de Dorothea E. Orem en un usuario con Trastorno Bipolar en fase maniaca.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Establecer una relación de confianza enfermera – paciente para así realizar una atención integral.

Identificar las condiciones de salud en que se encuentra el usuario para así realizar la elaboración de l plan de cuidados.

Formular diagnósticos establecidos por la N.A.N.D.A. (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería) relacionados con el estado de salud del usuario.

Realizar un plan de cuidados de acuerdo a las necesidades alteradas del usuario.

Ejecutar el plan de cuidados basado en la fundamentación científica.

Evaluar el logro de los objetivos.

MARCO TEÓRICO.

DOROTHEA ELIZABETH OREM.

Dorothea Elizabeth Orem nació en Baltimore y se educó con las hijas de la caridad de S. Vicente de Paúl se graduó en 1930.

Dentro de su trayectoria como teorista no incluyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica.

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí.

TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Esta teoría considerada como una gran teoría, fue escrita por Dorotea Elizabeth Orem, alrededor de los años 50 s, esta integrada por tres teorías:

1. Teoría del Autocuidado, describe y explica el autocuidado.
2. Teoría del Déficit del Autocuidado, describe y explica porque la gente puede ser ayudada mediante enfermería.
3. Teoría de Sistemas de Enfermería, describe y explica las relaciones que se deben dar para que exista enfermería.

1.- TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

El Autocuidado es una acción de las personas maduras y en proceso de maduración y es la capacidad de cuidarse a sí mismas en situaciones ambientales, las personas que se ocupan de su Autocuidado tienen la capacidad de actuar intencionalmente para regular los factores que afectan a su propio funcionamiento y desarrollo y es una conducta dirigida por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que

afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Existen factores internos o externos que a los individuos afectan sus capacidades para ocuparse de su Autocuidado o afectan al tipo y cantidad de Autocuidado requerido.

a) Internos:

Edad.

Sexo.

Estado de desarrollo estado de salud.

b) Externos:

Orientación sociocultural.

Factores del sistema de cuidado de salud.

Factores del sistema familiar.

Patrón de vida.

Factores ambientales.

Disponibilidad y adecuación de los recursos.

En el término **Autocuidado** tiene la connotación dual "para uno mismo" y "realizado por uno mismo". Normalmente los adultos cuidan de si mismos pero los niños, adolescentes, ancianos y enfermos requieren de un agente de cuidado dependiente, es decir, quien le provea los cuidados. Los requisitos de autocuidado son expresiones que el individuo requiere cubrir o satisfacer.

1.- Los requisitos de Autocuidado Universal:

Son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas del ciclo vital, de acuerdo a su edad, estado de desarrollo y factores ambientales y otros están asociados a los procesos vitales, al mantenimiento de la estructura y funcionamiento humano, y al bienestar general. Orem sugiere ocho requisitos:

- El mantenimiento de un aporte de aire suficiente.
- El mantenimiento de un aporte de agua suficiente.

- El mantenimiento de un aporte de alimento suficiente.
- La provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
- El mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
- El mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.
- La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
- La promoción del funcionamiento y desarrollo humano entre los grupos sociales, de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal.

2.-Los requisitos de Autocuidado de Desarrollo:

Están asociados con procesos de desarrollo humano y con las condiciones y eventos que ocurren durante diversos estadios del ciclo vital y eventos que pueden afectar adversamente el desarrollo. Hay dos tipos.

a) Crear y mantener las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan los procesos de desarrollo durante las etapas del ciclo vital.

- Estados intrauterinos.
- Etapa neonatal.
- Infancia.
- Adolescencia y entrada a la edad adulta.
- Edad adulta.
- Embarazo.

b) Cuidados asociados que puedan afectar adversamente el desarrollo humano para prevenir efectos negativos.

- Depravación educacional.
- Problemas de adaptación social.
- Pérdidas de familiares, amigos o asociados.

- Pérdida de seguridad laboral.
- Cambio brusco de residencia.
- Enfermedad Terminal y muerte inminente.

3.- Los requisitos de Autocuidado de Desviación de la Salud:

Están asociados con defectos constitucionales y genéticos y desviaciones humanas estructurales y funcionales, con sus efectos y con las medidas de diagnósticos y tratamiento médico. Hay seis categorías.

- Buscar y asegurar la ayuda médica adecuada.
- Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos.
- Llevar a efecto las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas.
- Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos del tratamiento.
- Modificar el autoconcepto y autoimagen para aceptarse a uno mismo en un estado de salud particular.
- Aprender a vivir con los efectos del estado patológico y del tratamiento con un estilo de vida que fomente el desarrollo personal adecuado.

2.- TEORÍA DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.

La demanda de Autocuidado Terapéutica es una entidad creada por la persona, representa la suma de actividades de Autocuidado requeridas por los individuos, en un lugar y un momento determinado y durante un cierto tiempo, para cubrir los requisitos de Autocuidado especificados por los individuos en relación con sus condiciones y circunstancias. Los requisitos de Autocuidado descansan en tres puntos:

- a) Los seres humanos por naturaleza tienen necesidades comunes para el aporte de materiales y para producir y mantener condiciones de vida que apoyen los procesos vitales, la formación y mantenimiento de la

- b) integridad estructural, y el mantenimiento y promoción de la integridad funcional.
- c) El desarrollo humano, de la vida intrauterina a la maduración del adulto, requiere de la formación y mantenimiento de condiciones que promuevan los procesos conocidos de desarrollo de cada ciclo vital.
- d) Los defectos genéticos y constitucionales y las desviaciones de integridad estructural, la funcionalidad normal y el bienestar, comportan requerimientos para su prevención y acciones reguladoras para controlar su extensión y para controlar y mitigar sus efectos.

3.- TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA.

Es el elemento organizador de la Teoría del Déficit de Autocuidado, y una serie de relaciones entre personas de diferentes grupos, paciente-enfermera. Está constituido mediante las acciones de la enfermera y sus pacientes. Se pueden identificar tres tipos de sistemas de enfermería:

- a) **Sistemas de Enfermería Totalmente Compensatorio:** la enfermera debe compensar la incapacidad totalmente el déficit del agente de Autocuidado para desempeñar las acciones de autocuidado que cubrirá los requisitos.
- b) **Sistema de Enfermería Parcialmente Compensatorio:** la enfermera ejecuta las medidas de Autocuidado, compensa las limitaciones y atiende al paciente en lo que requiera y el paciente podrá ejecutar algunas medidas de su Autocuidado, participar y aceptar los cuidados de enfermería.
- c) **Sistema de Enfermería de Apoyo / Educativo:** el paciente realiza su Autocuidado, regula y desarrolla con la enfermera su Autocuidado.

CONCEPTOS SEGÚN DOROTHEA E. OREM.

Concepto de persona: Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

Concepto de Salud: La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

Concepto de Enfermería: Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

HISTORIA DEL PROCESO ATENCIÓN ENFERMERO

El proceso de Enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión. Mayo (1955) lo describió por primera vez como un proceso distinto. Jonson (1959), Orlando (1961) y Wiendenbach (1963), desarrollaron un proceso en tres fases diferente que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual. En 1967, Yura y Walsh fueron los autores del primer texto en el que se describía un proceso de cuatro fases: valoración, planificación, ejecución y evaluación. A mediados de los años 70, Bloch (1974), Roy (1975), Mundinger y Jauron (1975) y Aspinall (1976) añadieron la fase diagnóstica, dando lugar a un proceso de cinco fases.

Desde ese momento, el proceso de enfermería ha sido legitimado como el sistema de la práctica de enfermería. La Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (N.A.N.D.A.) utilizó el proceso de enfermería como guía para el desarrollo de las pautas de la asistencia. El Proceso de Enfermería ha sido incorporado al sistema conceptual de la mayor parte de los planes de estudio de enfermería. También ha sido incluido en la definición de enfermería en la mayor parte de las leyes sobre la práctica de la enfermería. Más recientemente, se revisaron los exámenes de licenciatura de los tribunales estatales, para probar la capacidad del profesional de enfermería registrado, aspirante para utilizar los pasos del Proceso de Enfermería.

DEFINICIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

El Proceso Atención de Enfermería (PAE) es el sistema de la práctica de la enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud. Yura y Walsh (1988) afirman que "el Proceso De Enfermería es la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar óptimo del cliente, y, si este

estado cambia, proporcionar la cantidad y calidad de asistencia de enfermería que la situación exija para llevarle de nuevo al estado de bienestar. En caso de que este bienestar no se pueda conseguir, el Proceso de Enfermería debería contribuir a la calidad de vida del cliente, elevando al máximo sus recursos para conseguir la mayor calidad de vida posible y durante el mayor tiempo posible."

OBJETIVO

El objetivo principal del proceso de Enfermería es proporcionar un sistema dentro del cual se pueden cubrir las necesidades individuales del cliente, familia y de la comunidad. El proceso Atención Enfermería (PAE) consiste en una relación de interacción entre el cliente y el profesional de enfermería, con el cliente como centro de atención. El profesional de enfermería valida las observaciones con el cliente y de forma conjunta utiliza el Proceso de enfermería. Esto ayuda al cliente a enfrentarse a los cambios en el estado de salud y da lugar a una asistencia individualizada.

INDICADORES DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

El propósito del proceso es dar un marco de referencia dentro del cual las necesidades del sujeto de atención, la familia y la comunidad puedan ser atendidas en forma integral. Se organiza en cinco fases secuenciales, aunque en la práctica pueden darse simultáneamente. El proceso de atención tiene como propiedades ser más dinámico, flexible, continuo, individualizado, participativo y con un fin determinado. Además, se debe basar en un marco teórico.

VENTAJAS

La aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la

calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

a) Para el paciente son:

- Participación en su propio cuidado.
- Continuidad en la atención.
- Mejora la calidad de la atención.

b) Para la enfermera:

- Se convierte en experta.
- Satisfacción en el trabajo.
- Crecimiento profesional

CARACTERÍSTICAS

- 1.- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- 2.- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- 3.- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- 4.- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- 5.- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- 5.- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

ETAPAS:

Como se ha señalado anteriormente, el proceso de Enfermería está organizado en cinco fases identificables: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

VALORACIÓN

La valoración es la primera fase del Proceso de Enfermería. Sus actividades se centran en la obtención de información relacionada con el cliente, el sistema cliente/familia o la comunidad, con el fin de identificar las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas de cliente. Los datos se recogen de forma sistemática, utilizando la entrevista, la exploración física, los resultados de laboratorio y otras fuentes registradas en la historia de enfermería. Organización de los datos, validación de los mismos e identificación de las alteraciones. Para enfermería el marco conceptual para recolectar y organizar los datos son las respuestas humanas a problemas de salud, reales, potenciales o posibles.

Los datos recolectados y organizados indican el estado actual de satisfacción de necesidades; es decir alteraciones en la satisfacción o las interferencias para satisfacerlas. Estos datos deben ser registrados en un documento apropiado para el individuo, la familia o la comunidad.

DIAGNÓSTICO

Durante esta fase, se analizan e interpretan de forma crítica los datos reunidos durante la valoración. Se extraen conclusiones en relación con las necesidades, problemas, preocupaciones y respuestas humanas del cliente. Se identifican los diagnósticos de enfermería que proporcionan un foco central para el resto de las fases.

Los diagnósticos nacen de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (N.A.N.D.A.)

Un diagnóstico de enfermería no es sinónimo de uno médico. Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera,

surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.
- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Son los Diagnósticos de Enfermería.

CARACTERÍSTICAS DE LOS DIAGNÓSTICOS

- 1.- Describen problemas reales y potenciales que enfermería es capaz y esta autorizada para tratar.
- 2.- Los diagnósticos no tienen en su elaboración terminología médica.
- 3.- Deben contener enunciados aprobados por la NANDA.

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS

Diagnósticos Reales: presenta signos y síntomas.

Diagnósticos Potenciales o de riesgo: presenta complicaciones o riesgo que se pueden presentar.

PLANIFICACIÓN.

En la fase de planificación, se desarrollan estrategias para evitar, reducir al mínimo o corregir los problemas identificados en el diagnóstico de enfermería.

La fase de planificación consta de varias etapas:

1.- Establecer prioridades en los cuidados. Selección de todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad, raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.

2.-Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Es determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

3.-Elaboración de las actuaciones de enfermería. Es determinar los objetivos de enfermería. Determinación de actividades, las acciones especificadas en el

plan de cuidados corresponden a las tareas concretas que la enfermera y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que han de llevar a la práctica todo el personal que tiene responsabilidad en el cuidado del paciente. Las actividades propuestas se registran en el impreso correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.

4.-Registro de los diagnósticos de enfermería, de los resultados y de las actuaciones de enfermería de forma organizada en el plan de cuidados.

EJECUCIÓN.

La ejecución es el inicio y terminación de las acciones necesarias para conseguir los resultados definidos en la etapa de planificación. Consiste en la comunicación del plan a todos los que participan en la atención del cliente. Las actuaciones pueden ser llevadas a cabo por miembros del equipo de atención sanitaria, por el cliente, o por su familia. El plan de cuidados se utiliza como guía. El profesional de enfermería continuará recogiendo datos relacionados con la situación del cliente y su interacción con el entorno. La ejecución incluye también el registro de la atención al cliente en los documentos adecuados dentro de la historia de enfermería. Esta documentación verificará que el plan de cuidados se ha llevado a cabo y que se puede utilizar como instrumento para evaluar la eficacia del plan.

EVALUACIÓN.

La última fase del proceso de Enfermería es la evaluación. Se trata de un Proceso continuo que determina la medida en que se han conseguido los objetivos de la atención. El profesional de enfermería evalúa el progreso del cliente, establece medidas correctoras si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de enfermería.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

Los trastornos afectivos han sido reconocidos y descritos desde los inicios de la historia escrita. En el antiguo Egipto, durante más de 3.000 años, las depresiones fueron tratadas por los sacerdotes, quienes reconocieron que estas iban frecuentemente asociadas con la experiencia de una pérdida psicológica. Ejemplo de estas descripciones la están en el antiguo testamento, donde se describe al Rey Saúl como una persona afecta de episodios depresivos recurrentes.

Entrado el siglo VI a. de J.C., la observación de los enfermos mentales empezó a entrar en el ámbito del curandero, en vez de seguir siendo parte de la tradición teológica. Este movimiento de la concepción teológica y filosófica a la observación medica alcanzo su máximo esplendor en el pensamiento de Hipócrates (medico griego s. V y IV a. de J.C.) que constituyo el principal testimonio de los orígenes de la medicina occidental. En su libro las Epidemias encontramos diferentes manuscritos referentes a la melancolía. En el aforismo numero 23 (sección VI) afirma Hipócrates: "si el miedo y la tristeza perseveran mucho tiempo, hay melancolía" En la concepción hipocrática, la bilis negra, traducción literal de la palabra melancolía, constituía su agente causal.

Capadocia Areteo de (medico griego, S.I de J.C.), figura como el primero en enseñar que la manía y la melancolía formaban parte de un único trastorno: algunos pacientes después de estar melancólicos tienen cambios a maní, por eso esta manía es probablemente del estado melancólico.

Galeno, medico griego (130-200 d. de J.C.), realizo unas descripciones sobre la melancolía. El estableció firmemente la melancolía como una enfermedad crónica y recurrente. En sus escasos comentarios sobre la manía incluyo la observación de que podía ser bien una enfermedad primaria del cerebro o secundaria a otras enfermedades. Para Galeno, la melancolía se debía

indudablemente a la bilis negra pero, según el, el exceso de bilis negra podía manifestarse y desarrollarse en distintas partes del organismo, provocando cada vez nuevos síntomas: 1° Puede ocurrir que la alteración de la sangra se limite solo al encéfalo. 2° Puede ocurrir que la atrabilis se desparrame por las venas de todo el organismo, incluyendo el encéfalo. "El diagnóstico en este caso nunca falla cuando la sangría del brazo de una sangre muy negra y muy espesa". 3° La enfermedad puede tener su origen en el estómago; entonces tendremos infarto, éxtasis, obstrucción e hinchazón en región de los hipocondrios de ahí el nombre de infección hipocondríaca que se da a la enfermedad. Desde el estomago, hinchado y lleno de bilis negra, los vapores tóxicos suben al encéfalo, ofuscan la inteligencia y producen los síntomas melancólicos. Dichos vapores no sólo explica las ideas negras, sino también ciertas alucinaciones al obscurecer el espíritu.

Avicena (980-1037), en el año 1000 escribe: indudablemente, el material que produce la manía es de la misma naturaleza que el que produce la melancolía, manía y melancolía son diferentes formas de la misma cosa.

Ya en el Renacimiento (1500-1700), que será la "edad de oro de la melancolía", Jassón Pretensis, (en 1549) escribe; muchos médicos asocian manía y melancolía en un solo trastorno, porque considera que ambas tienen el mismo origen y la misma causa, y difieren solo en el grado de manifestación.

El tratado sobre la melancolía escrito por Timothy Bright (1586), describe los sentimientos de los pacientes melancólicos, manteniendo que la melancolía no constituía una "conciencia del pecado" como los teólogos y filósofos de la edad media la habían calificado. Pero, como el resto de médicos de su tiempo, el siguió manteniendo la concepción humoral de la melancolía. Así mismo, Francisco Vallés (1524-1592), médico español, también rechazó el concepto demoníaco de la enfermedad y afirmó que la melancolía estaba producida por intermediación de causas naturales. Durante los siglos XVI Y XVII existía ya un consenso generalizado sobre que el cerebro estaba efectivamente implicado en

los trastornos mentales. El testimonio más interesante de esta época corresponde a un ilustre enfermo, el clérigo y filósofo inglés, Robert Burton (1577-1640), cuyo libro la anatomía de la melancolía (1621), constituye una de las más importantes contribuciones a la historia de los trastornos afectivos. El mantenía una etiología multifactorial para la melancolía, reconociendo la existencia de un continuo entre factores psicológicos y no psicológicos, destacando la herencia, la falta de efectos en la infancia y las frustraciones sexuales. Muy propio para su época fue la extensa descripción de factores causales para la melancolía, entre los que incluía: "a Dios, el diablo, las brujas, las estrellas, la vejez, la desesperanza, la soledad, la malicia, los celos, los abusos de placer".

Thomas Willis (anatomista y médico inglés, 1621 y 1675) su noción de "discrasia salina" y el papel que atribuye al ataque cerebral en la melancolía, deja postergado el factor nocivo de la atrabilis (aunque continuamente hable de ella), según él, el delirio melancólico es consecuencia de un desorden del cerebro y de los espíritus animales que allí se encuentran, se produce una alteración "acética y corrosiva" de estos espíritus y sus efluvios se infiltran de manera irregular en diversas partes del cerebro y del sistema nervioso. Y como estos efluvios tienen la propiedad de estar en continuo movimiento, resultara de ahí una constante agitación del pensamiento, que entre las visiones del delirio.

Por otra parte, la sangre cargaba de partículas salinas, es menos inflamable, no se enciende lo suficiente en los pulmones y no brilla en el corazón ni en los vasos con una llama bastante clara y abundante; de ahí la tristeza, el temor y la falta de iniciativa. Para Willis, la manía y al melancolía podía mutuamente remplazarse, al igual que el humo y la llama, si el melancólico empeora puede entrar en furia o manía y desde aquí a menudo termina en una disposición melancólica.

Pinel (1745-1826), describe así la melancolía: consiste en un juicio falso que el enfermo se forma acerca del estado de su cuerpo, que él cree en peligro por

causas nimias, teniendo que sus intereses le salgan mal. Los principios que formula constantemente para la terapéutica de la melancolía están fundamentados en el tratamiento moral, la labor principal consistía en: destruir la idea exclusiva, pues para él, el melancólico es víctima de una idea que él mismo se ha hecho y que lleva en él una vida parasitaria. El discípulo Pinel, Esquirol (1820), al igual que otros autores de comienzos del s XIX (como Prichard, 1835 y Rush, 1812), se esforzaron por desterrar la más mínima reminiscencia humoral y preconizaron que se borrara del vocabulario científico la palabra melancolía que era más bien propia de los poetas y del vulgo. Así se forjaron nuevas denominaciones: monomanía triste (tristemanía) o lipemanía.

En 1845, esquirol apunta que: algunos pacientes, antes de estar maniacos, han estado previamente tristes, cansados, melancólicos, pero no considera que exista una forma distintiva de enfermedad, diciendo que esto suceda solo en algunos pacientes.

Un discípulo de Esquirol, Jean Pierre Falret, en 1854, fue el primero en describir la locura circular (folie circulaire) como estados depresivos y maniacos separados por un intervalo libre, destacando el curso intermitente, el comienzo frecuentemente brusco y el carácter reversible de la mayoría de los episodios; enfrentándose a las opiniones prevalentes de la época, consideró la evolución hacia la cronicidad como una forma evolutiva muy rara. Prácticamente al mismo tiempo en el mismo lugar (La Salpêtrière, París) otro discípulo de Esquirol, Jules Baillager (1854) describe la locura de doble forma (folie a double forme) en la misma línea que Falret. Con Falret y Baillager, surge por primera vez en la historia de la psiquiatría el concepto de lo que actualmente encontramos por trastorno afectivo bipolar, aislado del resto de la patología psiquiátrica.

Otra contribución valiosa fue la de Griessinger (1817-1868), sin duda el psiquiatra alemán influyente de su época, que realizó enriquecidas descripciones clínicas de manía y melancolía, aunque él las describió

principalmente como trastorno crónico con pobre pronóstico. Como Areteo varios siglos antes Griessinger concebía la manía como la etapa final de una melancolía gradualmente agravada y ambas, como dos etapas de una única enfermedad. Aunque ya anteriormente se había descrito casos leves de manía (Falret, Esquirol y otros autores) Mendel (1881) fue el primero en definir la hipomanía como leves estados abortivos de manía.

Kahlbaum, en 1882, hablaba de vesania (psicosis) típica circular al referirse a estos trastornos episódicos melancólicos y maniáticos, y además incluyó después formas menores más leves a las que denominó ciclotimia, caracterizadas por episodios tanto de deprecio como de excitación pero no terminaban en demencia, como podía hacerlo la manía o melancolía crónica. También acuñó el término distimia para referirse a una variedad crónica de melancolía. Aparte de estas contribuciones, muchos clínicos investigadores seguían considerando la manía y la melancolía como entidades separadas, crónicas de naturaleza y como un curso deteriorante progresivo.

Emil Kraepelin, en 1896, siguiendo las observaciones clínicas de los psiquiatras franceses, introdujo el concepto de la locura maniaco-depresiva como entidad nosológica independiente. Incluyó en un concepto único todas las psicosis que hasta entonces se habían denominado periódicas y circulares, la manía simple, gran parte de los casos diagnosticados de melancolía y un pequeño número de síndrome amenciales. Posteriormente, en la octava edición de su tratado, a raíz de la crítica de Dreyfuss, incluye la melancolía involutiva. Para él, todos estos cuadros son manifestaciones de la misma enfermedad. Al decir esto se basa en el carácter hereditario (historia familiar), la sintomatología efectiva similar, la sucesión periódica de fases maniacas o melancólicas con períodos de remisión, y un pronóstico global comparativamente benigno sin deterioro progresivo. Fue precisamente el pronóstico la primera característica que distinguía a locura maniaco-depresiva, delimitándola de la demencia precoz.

DEFINICIÓN.

Muchos años atrás se le conocía como Psicosis Maniaco Depresiva pero resta termino dejo de utilizarse ya que no todos los pacientes presentas síntomas psicoticos (alucinaciones visuales, auditivas, delirio).

En la actualidad se conoce como trastorno bipolar que continuación se define.

El trastorno Bipolar es una enfermedad del ánimo que comprende dos fases o episodios generalmente severos, tanto de depresión como de manía.

Las personas que padecen esta enfermedad experimentan episodios donde su estado de ánimo cambia pasando de etapas de tristeza o apatía y desesperanza (episodios de depresión) a etapas de euforia irritabilidad y animo exageradamente elevado (episodios de manía). Estos episodios se alternan entre si por que el paciente experimenta cambios emocionales.

Trastorno de la afectividad, caracterizado por severos cambios del animo. Yendo desde de la **DEPRESIÓN** con animo excesivamente bajo, a la **MANÍA** animo excesivamente alto.

EPIDEMIOLOGÍA.

Estudios más recientes indican que aproximadamente el 1 al 5% de la población mundial padecen de trastorno bipolar en algún momento de su vida.

En México al menos el 900,000 personas presentan el trastorno sin embargo no todas estas diagnosticadas o tratadas además que los grados de severidad son muy variables.

El trastorno bipolar se puede iniciar en cualquier etapa de la vida no obstante en la mayoría de los casos se da en la etapa adulta temprana (18 a 25 años); la edad de inicio mas frecuente es entre los 20 y 25 años de edad. Sin embargo cada vez es más común encontrar casos en adolescentes. Pero como ya fue mencionado el trastorno inicia cualquier edad también se presenta en edades tempranas como de 5 a 6 años siendo estos casos muy poco comunes, ya que

es difícil diagnosticar por que se puede confundir con otros padecimientos frecuentes de la infancia como trastorno por déficit de atención con hiperactividad u otros trastornos de la conducta.

De acuerdo a estadísticas no hay diferencia de prevalecía entre géneros es decir el trastorno se presenta se presenta con la misma frecuencia en hombres que en mujeres. Sin embargo cuando su inicio es a temprana edad con un número mayor de episodios manía se da con más frecuencia entre los pacientes del sexo masculino, y cuando los episodios son depresivos se da con más frecuencia en el sexo femenino.

ETIOLOGÍA.

El trastorno Bipolar es frecuente que inicie como una depresión y posteriormente se desarrolle un estado de manía o elevación del estado de amino; sin embargo no es posible saber como puede iniciar este padecimiento. Existen varios factores que pueden favorecer su desarrollo quizás el más importante de estos es la herencia sin embargo también existen otros factores de riesgo como:

- Antecedentes familiares de enfermedad mental.
- Haber padecido un trastorno de conducta en la infancia, claramente diagnosticado.
- Problemas por consumo de alcohol o drogas.

CAUSAS.

Es originada en un desequilibrio químico en unas sustancias en el cerebro llamadas neurotransmisores. El afectado oscila entre la alegría y la tristeza, de una manera mucho más marcada que las personas que no padecen esta patología.

Existen varias causas por las cuales se pueden presentar. Sin embargo no se conoce con exactitud lo que lo origina, lo más probable es que una

combinación de alteraciones del propio organismo (factores biológicos), con alteraciones de la herencia (factores genéticos), y con determinadas alteraciones globales que rodean al ser humano (factores ambientales).

Factores biológicos: los factores biológicos del trastorno bipolar implican alteraciones en el funcionamiento de algunas partes del cerebro principalmente de los neurotransmisores; desde el punto de vista bioquímica existe un desequilibrio adrenergico-colinergico con disfunción del hemisferio no dominante y elevación de los niveles de noradrenalina a nivel simpático. Durante los episodios maníacos en especial cuando son desencadenados por una situación de estrés, pero cuando es un episodio depresivo los niveles son bajos.

Factores genéticos: parece haber una alteración genética ligada a un gen autonómico dominante en el cromosoma 11 encontrada en una población. La mayoría de los autores aceptan hoy en día que el trastorno afectivo bipolar es una enfermedad genética. La transmisión del trastorno bipolar no depende del sexo de los pacientes, es más frecuente entre monocigóticos que en dicigóticos. Un 50% de los pacientes tienen antecedentes familiares de trastorno afectivo. Un niño con padre bipolar tiene un 27% de riesgo de desarrollar un episodio maniaco, y con los dos padres afectados un 50 a 75% de riesgo; además de un 20-40% para presentar otros trastornos de afecto.

También se han encontrado hallazgos endocrinos en estas pacientes se ha encontrado alteraciones en el eje hipotálamo-hipofiso-tiroideo, con respuesta exagerada de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) a la hormona liberadora de tirotrópina (TRH). Por otro lado varios autores han encontrado una alta prevalencia de hipotiroidismo en pacientes bipolares.

Factores ambientales: juegan un rol importante en el desencadenamiento del trastorno bipolar, ya que no siempre la enfermedad tiene relación con la historia familiar existen otros factores como, problemas en el nacimiento, infecciones virales de la madre durante la gestación, el uso de drogas, alucinógenos y traumas psicológicos en la infancia como la pérdida del

progenitor. El estrés psicológico negativo en adolescentes o adultos pueden actuar como desencadenes de episodios bipolares, principalmente en las fases precoces de la enfermedad, provocando episodios frecuentes de recurrencia.

CLASIFICACIÓN.

Según el (Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales) **DSM-IV** utilizado por la APA (American Psychologist Association) es un sistema de diagnostico Psiquiátrico que se utiliza actualmente en Estados Unidos y que usan los Clínicos y Investigadores en todo el mundo. Es la última clasificación aceptada internacionalmente en enfermedades psiquiátricas data de 1994.

Trastorno Bipolar I: es el comúnmente conocido como Maníaco-Depresivo; se caracteriza por tener oscilaciones de ánimo que pasan de la depresión a la euforia, durante períodos que duran entre un par de horas, 3-6 días a 1 año cada período.

Trastorno Bipolar II: a diferencia del I, estas oscilaciones no son tan extremas, es decir, la euforia no es tan 'eufórica' ni la depresión tan profunda. A la manía en estos casos se le conoce como 'hipomanía'. Todo esto en períodos de tiempo equivalentes al trastorno anterior.

Trastorno Ciclotímico: puede presentar cualquiera de estas dos etapas (Manía, Hipomanía, depresión menor y mayor) al menos 4 variaciones en los últimos 2 años.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

El trastorno bipolar es un padecimiento mental de larga evolución que afecta el estado de ánimo de las personas. Los pacientes bipolares experimentan periodos donde su estado de ánimo se altera pasando por cuadros de manía a depresivos, o también pueden presentar cambios mixto con una mezcla de ambos.

Por lo tanto existen dos fases en el trastorno bipolar la fase maniaca y la fase depresiva.

Las personas que se encuentran en un episodio maníaco pueden ser eufóricas, irritables y/o sospechosas. Se encontraran con un incremento en sus actividades y cualidades tanto físicas cuanto mentales. En incremento en la energía y en las actividades es muy común; la necesidad de dormir se encuentra disminuida... La persona suele distraerse rápidamente. Las ideas irrealistas, son dichas o incluso intentadas. Las facultades sociales se ven disminuidas, y las ideas poco prácticas suelen llevar a indiscreciones tanto financieras como amorosas.

La fase maniaca se caracteriza por una elevación del estado de animo que se presenta como euforia o irritabilidad junto con otros síntomas específicos de la manía como. Falta de sueño, hablar mucho y rápido, flujo rápido del pensamiento, y la intensa actividad generalmente desorganizada. Estos síntomas son muy evidentes en la hipomanía.

Hipomanía: es un estado de ánimo elevado, lo más frecuente es que los pacientes se sientan más eufóricos, llenos de alegría, y buen humor, la autoestima y la confianza es muy elevada, desinhibidos. En ocasiones existe fuga de ideas ya que pasan de un tema a otro rápidamente, es narcisista Infantilmente orgulloso y no tolera que lo critiquen y socialmente es agresivo.

En una mujer en episodios de hipomanía se caracterizan por una gran explosión de hostilidad, caprichosa entusiasmo intenso; durante sus periodos normales o de eutimia son personas amistosas ansiosas de ayudar a los demás. En un hombre con episodios de hipomanía pueden presentar deseos sexuales elevados, euforia, cantan, bailan, presentan ideas de grandeza.

Por otra parte puede que existe una tendencia paranoide bien desarrollada, y el paciente experimente resentimiento.

Además de lo ya mencionado el paciente manifiesta un comportamiento diferente al actual, qué le causa problemas significativos sociales o laborales. El otro parámetro de identificación de un cuadro de manía es la duración de los síntomas; para establecer con claridad el diagnóstico, los síntomas deben durar una semana o menos en caso de haber requerido hospitalización. Si los síntomas duran menos d una semana, son pocos y no son lo bastante graves como para causar problemas significativos, el episodio se diagnostica como hipomanía.

Signos y síntomas de manía:

- Incremento de a energía y actividad
- Tolerancia al cansancio
- Incremento de la velocidad de los pensamientos y del lenguaje
- Euforia energía extrema
- Irritabilidad
- Fácil distracción
- Insomnio
- Creencia irreales
- Juicio pobre
- Incremento en el deseo sexual
- Abuso de sustancia como el alcohol, drogas o medicamento para dormir
- Agresividad
- Negación.

La fase depresiva del trastorno bipolar se caracteriza por una disminución notoria e importante del estado de ánimo tiende a instaurarse de forma aguda, quizás es una semanas y con frecuencia se produce sin que exista ningún factor desencadenante significativo tiende a ser caracterizado por inhibición psicomotriz hiperfagia somnolencia y no es infrecuente que se acompañen de alucinaciones o ideas delirantes. Si no se tratan estas depresiones bipolares duran alrededor de seis meses.

El estado de ánimo es deprimido y con frecuencia irritable los pacientes están descontentos y con frecuencia irritables. Los pacientes estaban contentos y critican de forma constante, su pensamiento es lento y perezoso de fácil distracción, También se puede caracterizar por no reaccionar positivamente ante estímulos que normalmente generan alegría o bienestar. En algunas ocasiones la depresión se puede expresar.

Las fallas en las funciones cognitivas que hacen sentir al paciente inseguro desconcentrado olvidadizo y con dificultades para tomar decisiones. Es muy común que se presenten además de lo anterior cambio de sueño y/o cambios en el apetito también en ambos sentidos con las consecuencias de tipo físico como dolores de cabeza, de músculos, mareos, náuseas, etc.; para los cuales no se encuentran ninguna causa orgánica que los produzca.

Los signos y síntomas de depresión incluyen periodos de al menos de dos semanas de duración con la presencia de todos o de la mayoría de estos. La fase depresiva del trastorno bipolar es similar a la depresión que sucede fuera del contexto bipolar y que denominamos como depresión unipolar.

Las señales y los síntomas del período depresivo en el trastorno bipolar incluyen (pero en ningún sentido se limitan solo a ellos): sentimientos constante de tristeza, ansiedad, culpa, ira y soledad y/o desesperanza, desórdenes de sueño, apetito, fatiga, pérdida de interés en actividades que la persona antes disfrutaba, problemas de concentración, odio él mismo, apatía o indiferencia, despersonalización, pérdida de interés en la actividad sexual, timidez o ansiedad social, irritabilidad, dolor crónico (con o sin causa conocida), falta de motivación, o ideas suicidas

Signos y síntomas de la fase depresiva.

- Tristeza continua
- Ansiedad
- Sentimientos de desesperanza
- Pesimismo

- Sentimientos de culpa, auto castigo
- Perdida del interés se las actividades habituales
- Disminución de la energía
- Cansancio
- Fatiga
- Irritabilidad
- Alteraciones del sueño
- Perdida de apetito
- Dolores o malestares físicos sin causa aparente.

Periodo mixto.

En el trastorno bipolar los períodos mixtos son aquellos en los cuales la manía y la depresión clínica ocurren simultáneamente (por ejemplo, la agitación, ansiedad, agresividad, confusión, fatiga, impulsividad, las ideas suicidas, en pánico y la paranoia, ideas de persecución, verborrea, pensamiento) . Los episodios mixtos suelen ser los más volátiles dentro del estado bipolar, debido a que los estados pueden ser activados o desencadenados de forma rápida y simple. Los intentos suicidas, el abuso de sustancias psicotrópicas y dañarse a si mismo suele ocurrir en este periodo. Estos episodios no son muy frecuentes como los otros episodios pero cuando se presentan tienden a durar mas que los otros dos periodos por si solos.

Estos episodios mixtos deben distinguirse de los periodos de transición que pueden aparecen en los pacientes que pasan directamente de un episodio maniaco a un episodio depresivo o viceversa sin ningún intervalo eutimico.

Estos periodos de transición suelen estar marcados por una mezcla de síntomas maniacos y depresivos sin embargo o tienen una propia identidad como episodios de enfermedad sino que siempre están precedidos y seguidos por un episodio más típico de síntomas maniacos y depresivos homogéneos.

DIAGNOSTICO.

La única manera de diagnosticar si un paciente padece trastorno bipolar es por medio de la observación de los signos y síntomas que aparecen ya sea de manera súbita o a lo largo del tiempo. Por lo general si la enfermedad inicia con un episodio depresivo, el paciente es el primero en identificar el malestar y el mismo busca ayuda; por el contrario si el episodio que se presenta es la manía rara vez el paciente tiene conciencia de su enfermedad por lo cual no busca ayuda. Son los familiares quienes notan los cambios y la presencia de los síntomas los cuales les hacen buscar ayuda profesional.

El especialista a su vez hace una cuidadosa evaluación del paciente para identificar otros episodios que se hayan presentado en el pasado y que pudieran haber pasado desapercibidos. Evalúa la importancia del cuadro clínico, los antecedentes familiares y personales si mismo determina el diagnóstico específico de la enfermedad.

No existe ningún estudio de laboratorio, análisis clínico, radiografía etc. que se utilice para hacer de manera directa el diagnóstico del trastorno bipolar.

Sin embargo en algunas ocasiones el médico que evalúa al paciente puede pedir ciertos estudios básicos de laboratorio y gabinete. Estos sirven únicamente para descartar la presencia de otros problemas médicos que pudieran estar presentes de manera simultánea. Por lo general estos estudios forman parte de la valoración inicial del paciente los cuales son.

Electroencefalograma.

Imagen cerebral.

TAC (Tomografía Axial Computarizada).

Perfil Tiroideo.

Pruebas de Función Hepáticas.

En ciertas ocasiones se llegan a aplicar un cuestionario al paciente si estas en condiciones para realizarlo. Estos cuestionarios son formas estandarizadas para medir el tipo y el frado de los síntomas en un momento dado.

Se aplica una vez que el diagnostico ya esta establecido, es decir no se utiliza para diagnosticar. Sirven para hacer una cuantificación aproximada y la severidad de los síntomas que se presentan; de esta manera se puede comparar con otros pacientes determinar que tan intenso es el cuadro clínico. Además sirven para identificar que tanto cambian los síntomas (manía o depresión).

Tal como ya se ha mencionado, un paciente con trastorno bipolar puede tener una combinación con otras enfermedades o problemas de salud. Un 30% de los pacientes bipolares abusan del alcohol y las drogas, pero si el consumo se antecede al inicio de la enfermedad estos casos se consideran que el consumo sirve como detonador de la enfermedad, y si el consumo es se da en etapas agudas de la enfermedad lo cual significa que es parte del cuadro clínico. En el paciente es fase maniaca puede beber en exceso o consumir sustancias como producto de su descontrol emocional y de conducta; mientras que el la fase depresiva es mas común que el paciente se refugie en el alcohol.

Por eso es importante tener en cuenta que estas condiciones que se presentan asociadas con una frecuencia y se debe de estar alerta para identificarlas y tratarlas.

TRATAMIENTO.

El objetivo del tratamiento son controlar los síntomas de los episodios agudos, y por otra parte evitar a largo plazo la reaparición de nuevos síntomas, estos medicamentos se le conoce como estabilizadores del animo ya que su función es precisamente estabilizar el animo del paciente para evitar cambios o

fluctuaciones. Los estabilizadores del ánimo se pueden utilizar durante las fases agudas de la enfermedad, sin embargo su uso más común es a largo plazo una vez que las fases agudas se han controlado.

Además de estos medicamentos se prescriben otros medicamentos para el manejo específico de las distintas fases de la enfermedad y para el control de unos síntomas. Estos se utilizan por periodos breves de tiempo y sobre todo en las fases agudas. Entre estos podemos encontrar y mencionar los antidepresivos para el control de las fases depresivas y los antipsicóticos para las fases de manía o para la fase de depresión si estas presentan síntomas psicóticos.

Adicionalmente se utilizan medicamentos como las benzodiazepinas (que son fármacos que se utilizan para la angustia y el insomnio); estos se prescriben para disminuir otros síntomas como la falta de sueño o insomnio la agitación, inquietud o irritabilidad (clonacepam, loracepam, bromacepam, alprazolam entre otros).

ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO.

El carbonato de Litio es uno de los principales medicamentos estabilizadores utilizados para el trastorno bipolar es el más antiguo y probablemente con el que se tiene mayor experiencia. El 70% de los pacientes responden adecuadamente a este tratamiento se administra vía oral y la dosis va a depender del especialista. Durante el tratamiento se toman con frecuencia muestras de sangre para analizar la concentración de esta sustancia en la sangre; una concentración excesiva puede causar toxicidad mientras que una concentración baja resulta insuficiente.

El litio puede producir en algunos pacientes efectos secundarios entre los más frecuentes se encuentran cambios de peso, anorexia, náuseas, vómitos, diarrea, muchos de ellos van desapareciendo conforme avanza el tratamiento; mientras que en otros requieren cambios en las dosis. Sin embargo en pocas ocasiones

los efectos indeseables son motivo para suspender el tratamiento o sustituirlo por otro.

ANTIEPILÉPTICOS.

Los fármacos antiepilépticos se han convertido en tratamientos alternativos para los pacientes que necesitan un medicamento estabilizante del ánimo. El ácido valproico es una opción de primera línea para el tratamiento de muchos bipolares y la carbamazepina. Son medicamentos usados normalmente para la epilepsia. Cualquiera de los dos puede ser una alternativa para los pacientes (especialmente los consumidores de drogas) que no toleran o responden al tratamiento con el carbonato de litio.

ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS.

La Dozapina (leponex), Olanzapina (ziprexa) y la Risperidona (risperdal), Haloperidol (haldol) Perfenazina son conocidos como medicamentos atípicos y son utilizados para los trastornos del pensamiento y la esquizofrenia. Son buenos como el estabilizador del ánimo y los antidepresivos, por lo tanto se pueden utilizar en combinación con los otros. La Olanzapina y Risperidona son más efectivos en la fase de maníaca. Los efectos secundarios más comunes de estos fármacos son somnolencia, aumento de peso y mareo.

ANTIDEPRESIVOS.

Los antidepresivos tricíclicos conocidos como tricíclicos tienen tendencia a provocar un cambio hacia la respuesta maniaca. Entre estos fármacos se encuentran: Amitriptilina (fryptizol), Desipramina (norpremin), Doxepina (sinequan), Imipramina (tofranil).

El antidepresivo Bupropion es un medicamento único que está relacionado con las anfetaminas que aporta menos riesgo de manía que los de más medicamento. Los inhibidores de la receptación de serotonina como la Fluoxetina

(prozac), Satralina (besitran), Paroxetina (seroxat) son empleados para tratar la fase depresiva del trastorno bipolar.

TERAPIA ELECTROCONVULSIVA.

La terapia electroconvulsiva (TEC) es un procedimiento ampliamente utilizado en la psiquiatría moderna como tratamiento de diversas enfermedades psiquiátricas. Más de 50 años después de su introducción por Cerletti, la técnica de la TEC ha evolucionado notablemente. Hoy el tratamiento se realiza bajo un breve control anestésico, con miorelajación, ventilación artificial y mediante uso de la estimulación eléctrica con aparatos computadorizados modulares que monitorizan electroencefalográficamente la ligera convulsión inducida por una onda de pulsos breves. De esta manera se ha logrado precisar una mínima intensidad en la estimulación eléctrica con una disminución de los efectos secundarios cognitivos y una reducción drástica de las complicaciones asociadas al tratamiento.

Este método consiste en provocación de crisis convulsivas, mediante el uso de corriente eléctrica; se realiza con previa anestesia general de grado ligero y con el uso asociado de un miorelajante (succinilcolina),cuya misión consiste en relajar la musculatura del paciente, para evitar contracturas musculares bruscos y el riesgo de fracturas.

El moderno aparato de terapia electroconvulsiva consta con un electro y un encefalograma que permite monitorizar al paciente.

La colocación de los electrodos es en ambas regiones frontotemporales. Se utiliza una corriente de entre 90 y 100 voltios durante un tiempo aproximado de 0.5 a 1segundo, mientras esta pasando la corriente se produce una fase tónica seguida de una clónica. Posteriormente queda en apnea que termina con una inspiración brusca. Frecuentemente se utiliza la reparación asistida en los primeros momentos hasta que el paciente respira espontáneamente.

La pauta habitual del tratamiento consiste en administrar entre 5 y 10 sesiones en días alternos aunque el número de sesiones también depende de la respuesta clínica del paciente.

Esta indicado en pacientes que padecen depresión, Esquizofrenia, Episodios Maniacos.

No existen contraindicaciones únicamente valorar al paciente y estimar como situaciones de riesgo como: Tumores Cerebrales, Aneurisma Cerebral, Traumatismo Cráneo Encefálico.

Existen complicaciones como:

- Las frecuentes son las cardiovasculares ya que la aplicación del electroshock desencadena taquicardia e hipertensión.
- La amnesia retrograda o anteograda.
- Confusión y delirios.

HOSPITALIZACIÓN.

En algunos casos la hospitalización es necesaria sobre todo en los episodios de manía que presentan síntomas psicóticos, conductas heteroagresivas deterioró del cuidado personal, conductas de riesgo como conductas de sexualidad y manejo de dinero, consumo de sustancias y mal control terapéutico así como en los intentos o ideas de suicidio, depresión.

PSICOTERAPIAS.

Debido a que la enfermedad dura durante toda la vida, es importante que el paciente y su familia sepan en que consiste su enfermedad y como se trata, por lo cual es importante que el paciente obtenga información de todas las fuentes posibles, la información proporcionada por el personal de salud médicos, enfermeras, terapeutas.

Es importante que el paciente reconozca los síntomas de inicio. Así como una recaída que puede acudir y resolver cualquier problema o cambio relacionado con su enfermedad.

La participación en asociaciones de enfermos o familiares de maniaco-depresivo también es de gran ayuda. El paciente debe aprender a reducir el estrés y llevar una vida estable que incluya el mantenimiento y el sueño y llevar una a actividad regular, no abusar del alcohol, las drogas, así como el apoyo familiar.

La psicoterapia desempeña un papel importante en la reducción del estrés que desencadenan los periodos de la enfermedad. Tiene como objeto ayudar a superar condiciones psicológicas pasadas o presentes que puedan conducir a episodios bipolares, que afectan de manera significativa y negativa su calidad de vida. Entre estas se debe incluir la terapia cognitiva, terapia conductual y la terapia rítmica interpersonal y social. Resulta mas útil en lo episodios depresivos que en l maniacos donde esta limitada por la falta de interés.

La terapia conductual se centra en la modificar o favorecer los comportamientos que aumentan o disminuyen el estrés e incrementen las experiencias placenteras que permitan mejorar los síntomas.

La terapia cognitiva se centra en modificar los pensamientos o creencias pesimistas que pueden facilitar o mantener dicha enfermedad.

Los profesionales que tratan los trastornos bipolares estiman que las recaídas son menos frecuentes en los pacientes que han aprendido de mejor manera las diferencias de la enfermedad y de su tratamiento, que están trabajando para aprender a manejar de forma más eficaz su estrés y las dificultades que están enfrentando, así como aquellos cuyos familiares están mal informados.

CONTENCION MECANICA

La contención mecánica es un procedimiento utilizado con fines terapéuticos en el usuario, para llevar a cabo dicho procedimiento debe estar por escrito en base a la **norma oficial mexicana 168** del expediente clínico, de las notas médicas de hospitalización y de evolución,

Es una técnica terapéutica de sujeción o contención gentil físico utilizada en el usuario con trastorno mental, con el fin de prevenir riesgos como auto y heteroagresión y en situaciones especiales de riesgo.

Objetivos:

- Controlar actitud física, excesiva del paciente en forma constructiva
- Limitar acción del paciente como medio de tratamiento
- Prevenir la actuación de impulsos
- Proteger a los demás pacientes
- Proteger el inmueble
- Proteger al personal multidisciplinario
- Actuar de forma segura y terapéutica

Indicaciones:

- Auto-Hetero agresión
- Agitación Psicomotriz
- Errores de juicio y conducta
- Alucinaciones
- Automutilación
- Ideas e intento de suicidio
- Instalación de sonda y venoclisis
- Desequilibrio corporal.

Tipos de sujeción en usuario encamado:

- De cintura o cadera.
- De miembros superiores (muñecas).
- De miembros inferiores (tobillos).
- Del tórax

Precauciones:

- No debe prolongarse por más de 2 horas, excepto si el caso lo amerita.
- Usar sabanas y vendas limpias.
- No usar la sujeción apretada.
- No debe entorpecer la circulación.

- Debe transmitirse al paciente como tratamiento no como castigo.
- Debe ser reducido su uso al mínimo y solo en caso necesario
- Secar el sudor o secreciones de la piel.
- Usar cubrebocas y guantes según sea el caso.
- Colocar al usuario en posición semifowler.
- Tomar los signos vitales, posterior al procedimiento; si es posible.
- Vigilancia constante, para valoración de su estado mental y general.

CASO CLINICO.

Usuaria Femenina de 52 años de edad, originaria de Zamora Michoacán; estado civil soltera, se dedica al hogar, escolaridad secundaria, profesa la religión católica, actualmente reside en Zamora Mich.

Habita casa de cemento, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, aseo y baño deficiente casa 3° día consume alimentos en buena cantidad y calidad frutas, verduras, carne, leche, aseo bucal deficiente cada 8 días, no consume alcohol, tabaco si.

Es la 5 de 8 hermanos, la madre refiere que al nacer presento Hipoxia y cianosis generalizada, fue atendida por partera. Inmunizaciones todas, traumas y procedimientos quirúrgicos negados.

Inicia su padecimiento actual desde hace 5 años; durante los cuales ha presentado tres episodios depresivos y tres episodios maniacos hace dos años.

En esta ultima ocasión inicia en mayo de este año con síntomas de exhibición de la conducta y expansividad de la misma, con delirios de grandeza así como místico-religiosos (dice que le habla con la virgen), agresividad verbal contra la madre, coprolalica, risas sin motivo aparente, llanto, agitación psicomotriz, por lo que es valorada por medico especialista y se decide internamiento.

Usuaria que viste ropa de hospital, deficiente aliño personal; se observa eufórica, ansiedad, agitación psicomotriz, desinhibida, coprolalica, agresividad física y verbal, sin conciencia de enfermedad mental, desorientada, verborreica.

Signos Vitales:

FC: 79x'

FR: 20x'

T/A: 100/60

TEM: 36.6°C

P.A.E. TRASTORNO BIPOLAR" FASE MANIACA"

YURINTZE RODRIGUEZ COLIN.

Tratamiento:

Haldol Decanoas 50mg.

Epival 500mg

Rivotril 2mg

Risperdal 2mg

PRN haldol 10mg sinogan 25mg

Sujeción gentil por 2 horas.

PLAN DE CUIDADOS.

REQUISITO: **Autocuidado universal.** Prevención de peligros para la vida el funcionamiento y bienestar humano.

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	SISTEMA DE ENFERMERÍA.	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACIÓN
Violencia relacionado con excitación maniaca manifestado por auto-hetero agresividad.	Evitar que la usuaria se auto-hetero agrede. Que la usuaria disminuya la excitación psicomotriz.	T/ C Totalmente Compensatoria.	Proporcionar psicofármacos preescritos por especialista. (haldol, sinogan) Vigilancia de constantes vitales cada 30 minutos mientras se encuentre bajo efecto farmacológico. Realizar contención mecánica de dos puntos cintura y miembros superiores durante dos horas. Proporcionar cambios de posición a la usuaria mientras dure con la contención mecánica.	El haldol y el sinogan son psicofármacos utilizados para la disminución de la agitación psicomotriz ya que son fármacos antipsicóticos. Las constantes vitales se monitorean ya que con la aplicación de los psicofármacos tiene a disminuir los signos vitales principalmente la tensión arterial. La contención mecánica es una técnica terapéutica que se utiliza en los usuarios con alto riesgo de lesión, agitación psicomotriz, desequilibrio corporal. Los cambios de posición favorecen la circulación sanguínea así se evita ulceraciones	Se logro el objetivo parcialmente ya que la usuaria agredió a terceras personas; sin embargo en transcurso de su estancia hospitalaria al realizarle las intevecciones se disminuyo la excitación psicomotriz.

REQUISITO: **Desviación de la salud** Modificación del auto concepto e auto imagen para aceptarse a si mismo o como ser humano en un estado de salud particular y necesidades de forma específicas de autocuidado de la salud.

DIAGNOSTICO.	OBJETIVO.	SISTEMA DE ENFERMERÍA.	INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACION.	EVALUACIÓN.
Alteración del contenido del pensamiento relacionado con autoestima exagerada manifestado por delirios de grandeza, euforia, lenguaje incoherente incongruente.	Que la usuaria difencie entre la realidad y deliros durante el tiempo que dure hospitalizada.	A/P Apoyo Educativo.	Apoyarlo ante la aceptación de si mismo y de su enfermedad. Establecer una relación de empatia y confianza enfermera- usuario. Explicarle sobre sus signos y síntomas de su enfermedad así como de la importancia del tratamiento por medio de charlas. Ubicarla en la realidad cuando sea posible.	Se orientara a la usuaria sobre los signos y síntomas de su enfermedad, así como ubicarla en la realidad. Establecer una relación de empatia ya que así la usuaria expresara sus sentimientos deseos temores e inquietudes. Es necesario reorientarlo, llamarlo por su nombre, ubicarlo del lugar donde se encuentra y recordarle quienes están a su alrededor. Explicar al usuario cada procedimiento que se realice, usando discurso, claro simple y concreto.	Se logro el objetivo ya que la usuaria diferencio entre la realidad y delirios durante su estancia hospitalaria

REQUISITO: **Autocuidado universal.** Mantener el equilibrio entre la actividad y el reposo.

DIAGNOSTICO.	OBJETIVO.	SISTEMA DE ENFERMERIA.	INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACION.	EVALUACIÓN
Ansiedad relacionado con estado mental manifestado por deambulacion constante e insomnio.	Que la usuaria disminuya la ansiedad y logre conciliar el sueño.	P/C Parcialmente Compensatorio.	Proporcionar técnicas de relajación como leer, escribir, terapia deportiva, durante 30 minutos y si es posible baño de agua tibia. Integrarla a las actividades programadas durante el día para así evitar siestas (terapia recreativa y deportiva Aplicación de psicofármacos PRN previamente prescritos por medico especialista. Vigilar que ingiera los fármacos. Se le realiza contención mecánica PRN.	Las técnicas de relajación se utilizan para la disminuir la ansiedad y el estrés. El clonazepam es un fármaco ansiolítico que disminuye la ansiedad. Se vigila que ingiera el fármaco ya que por su mismo estado mental y ansiedad que presenta no lo ingiere y tienden a distraerse. Se integra a al usuaria a las actividades programadas para mantenerla ocupada y así mismo se evitar siestas prolongadas. La contención mecánica es una técnica terapéutica, que se utiliza en los usuarios que presentan ansiedad.	Se logro el objetivo ya que la usuaria disminuyo su estado de ansiedad y así mismo logro conciliar el sueño.

REQUISITO: **Autocuidado de desarrollo.** Las necesidades de autocuidado para satisfacer los requisitos del autocuidado universal.

DIAGNOSTICO.	OBJETIVO.	SISTEMAS DE ENFERMERIA.	INTERVENCIONES.	FUNDAMENTACION.	EVALUACIÓN.
Déficit del autocuidado relacionado con el estado mental (manía) manifestado por aseo y aseo personal deficiente.	Que la usuaria realice su autocuidado de forma independiente durante su estancia hospitalaria.	P/C Parcialmente Compensatorio. A/P Apoyo Educativo.	Motivar a al usuaria a que realice su aseo y aliño personal diariamente, explicándole las ventajas que tiene que lo lleve acabo. Se le proporcionara todo el material necesario para que se realice su autocuidado (shampoo, jabón, toalla, ropa limpia etc.) Vigilar que realice su autocuidado de forma periódica e independiente	Se motivara a la usuaria para que realice su aseo personal ya que es indispensable para su aspecto físico, teniendo en cuenta que las usuaria por su mismo estado mental tiende a distraerse fácilmente. Se le proporcionara todo el material necesario para que realice su autocuidado, vigilando que lo realice de la mejor manera posible, así como de forma periódica e independiente.	Se logro el objetivo aunque al principio fue un poco difícil ya que la usuaria se distrae fácilmente; sin embargo logro realizar su autocuidado de forma independiente y periódica durante su estancia hospitalaria.

CONCLUSIONES.

El Proceso Atención Enfermería es un sistema para la práctica en Enfermería por ello la importancia de aplicarlo a un usuario con Trastorno Mental significa una gran experiencia para mí ya que exige que se posea una amplia base de conocimientos de varias disciplinas, que permitan valorar el estado fisiológico y psicológico del usuario.

Por ello he llegado a la conclusión de que se puede aplicar el Proceso Atención Enfermería al usuario a un sin tener un diagnóstico médico específico.

Cuando la enfermera se hace participe en todo procedimiento que se le realiza al usuario, así como mantener una relación interpersonal entre ambos el ambiente se torna más agradable y se puede brindar una atención de calidad y calidez.

Mediante la estancia hospitalaria del usuario observe, una recuperación satisfactoria no total, pero sí encaminada al logro de su independencia.

Concluí que la realización del Proceso no es nada fácil y menos enfocada al usuario psiquiátrico ya que muchas veces por su misma condición y enfermedad.

BIBLIOGRAFIA.

MOORE P. David JEFFERSON W. James "Manual de Psiquiatría Medica" 2° Edición. Editorial Mc. Graw Hill p.p. 147- 154.

HOWARD, GOLDMAN H. "Psiquiatria General" 5° Edicion. Editorial Manual Moderno Mex. D.F.

SOLOMAN Philip, PATCH Vernon D. "Manual de Psiquiatría" 2° Edición. Editorial Manual Moderno. P.p. 116 – 122.

www.latinsalud.com/articulos

www.nlm.nih.gov/medlineplus/bipolar

www.dbsalliance.hispanicare.com/info/bipolar.html

www.saludymedicinas.com

GELDERY M. GATH D. MAYOU R. "Psiquiatría" 2° Edición. Editorial Interamericana Mc Graw Hill.

BROBIE Kollo "Psiquiatría clínica" 1°Edicion. Editorial Mc Graw Hill. Mex. D.F.P.P. 393.

JOHNSON B. "Enfermería Psiquiatrica y Salud Mental" 4° Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana.

www.bipolarweb.com/articulostrastornobipolar.html

Manual de trastorno Bipolar "Viviendo con Estabilidad" Janseen-cilag 2006.

www.psiquiatria.com/temas/trastorno_bipolar/4/

www.biosicologia.net/fichas/

www.eswikipediagor/wiki/empat

ROLAND "Diccionario Medico" 25°Edicion. Editorial Mc Graw Hiill Interamericana.

CARPENITO Lynda Juall "Diagnostico de Enfermería" 9° Edición. Editorial McGraw Hill Interamericana.

VILLANUEVA DUTOP Marco Antonio "Trastorno Bipolar" Vol. I Editorial Alfíl. México.

VILLANUEVA DUTOP Marco Antonio "Trastorno Bipolar" Vol. II Editorial Alfil. México.

GUUTIERREZ Garza Fidel de la "Depresión Angustia y Bipolaridad" Editorial Trillas 2004, México.

VIETA Eduard "Trastorno Bipolar en la practica Clínica" 4º Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana.

www.ilustrados.com/publicaciones/EEVEF

Instituto Nacional de Psiquiatra Ramón de la Fuente" Información Clínica" Vol. 18 No. 4 Abril 2007.

CHINCHILLA García Manuel "Manual de Urgencia Psiquiatricas" Barcelona 2003.

CHAMORRO García Luís "Guía del Manejó de los Trastornos Mentales en Atención Primaria" Barcelona Psiquiatría Editores 2004.

www.fisterra.com/guia/agitado

Manual de la Enfermería Editorial Océano Barcelona, España p.p.12

Microsoft Encarta 2007. 1993--2006 Microsoft Corporation.

L.C. Kolb "Psiquiatría Clínica" 10ª Edición Editorial Interamericana p.p. 390

J.S. Cook, K.L. Fontaine "Enfermería Psiquiatrica" 2ª Edición Editorial Mc Graw Hill Interamericana.

O.Brien KENNEDY Ballarrd "Enfermería Psiquiatrita" Editorial Mc Graw Hill Interamericana.

J. VALLEJO Ruiloba "Introducción a al Patología Psiquiatrita y Psiquiatría" 3ª Edición. Editorial Salvat.

Manual de Diagnostico y Estadística de los Trastorno Mentales Masson, S.A.

SANTO Domingo Joaquín "Manual de Psiquiatría" Editorial Ars Medica 2002.

GLOSARIO.

APATIA: Es la falta de emoción, motivación o entusiasmo.

EMPATIA: Describe la capacidad de una persona de vivenciar la manera en que siente otra persona y de compartir sus sentimientos, lo cual puede llevar a una mejor comprensión de su comportamiento o de su forma de tomar decisiones.

EUTIMIA: Término general con que se designan los estados de sosiego y paz, de ánimo o humor placenteros. Generalmente este término se refiere a estados mentales o espirituales.

ALUCIONACIONES: Las alucinaciones son percepciones sensoriales que no tienen relación con ningún evento externo. En otras palabras, ver o escuchar cosas que no existen.

DELIRIOS: Creencia falsa basada en una inferencia incorrecta de la realidad.

DEFICIT DE ATENCION: Es un problema de falta de atención, exceso de actividad, impulsividad o alguna combinación de éstos.

ANTIDEPRESIVOS: Fármacos utilizados para el tratamiento de la depresión.

DROGAS: Narcótico que produce estado de alteración de la conciencia.

ALCOHOL: Cualquier clase de compuesto orgánico que está compuesto por o que contenga el grupo funcional hidroxilo.

NEUROLOGIA: Rama de la medicina que estudia el sistema nervioso central.

HIPOMANIA: manía de tipo moderado.

VERBORREA: Verbosidad excesiva.

DEPRESION: Es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente.

AUTOSOMICO: que se tienen que presentar dos copias de un gen anormal para que se presente la enfermedad o el rasgo.

NARCISISTA: Un narcisista centra todo su interés sobre su propia persona. Es un ser egocéntrico que se cree el centro del universo.

INHIBICION: Perturbación del curso normal de las actividades corporales o psíquicas (pensamiento, conducta, movimiento, etc.)

PSICOMOTRIZ: Perteneciente o relativo a la psicomotricidad.

HIPERFAGIA: Ingesta excesiva de alimentos.

ELECTROENCEFALOGRAMA: Es un examen para detectar problemas en la actividad eléctrica del cerebral.

TAC: Técnica diagnóstica utilizada en medicina es la obtención de imagen de cortes o sección de un objeto.

PFH: También conocido como pruebas de función hepática es un estudio que se realiza para medir la cantidad de albúmina en suero.

CONTENCION MECANICA: Es una técnica terapéutica que se utiliza en usuarios psiquiátricos con alto riesgo de lesión, suicidio, ansiedad, desequilibrio corporal, etc.

DEPRESION: Síndrome caracterizado por una tristeza profunda e inmotivada y por la inhibición o disminución de las funciones psíquicas.

AUTOCUIDADO: Cuidado propio, individual o colectivo.

DEPRAVACION: Viciar, adulterar, pervertir, especialmente a alguien.

CONCRECION: Calculo o masa inorgánica situada en una cavidad natural o en los tejidos.

MELANCOLIA: Estado emocional deprimido o desdichado con inhibición de la actividad mental y corporal.

RECURRENTE: Reaparición de los síntomas de una enfermedad tras un periodo de remisión.

ATRABILIS: Uno de los cuatro humores principales del organismo, según las antiguas doctrinas de Hipócrates y Galeno.

HIPOCINDRIOS: Región abdominal supero lateral y suprayacente a los cartílagos costales, a cada lado del epigastrio.

HIPOCONDIACO: Ansiedad morbosa respecto a la propia salud, con síntomas numerosos y variables que no pueden atribuirse a una enfermedad orgánica.

EFLUVIOS: Exhalación o emanación, especialmente de la naturaleza nociva.

REMINISCENCIA: Acción de representarse u ofrecerse a la memoria el recuerdo de algo que pasó.

CICLOTIMIA: Estado patológico psíquico caracterizado por la labilidad del humor, en virtud del cual el ciclotímico pasa, en forma repentina y sin ninguna causa aparente de un humor deprimido (melancolía) a la excitación y a un estado furioso (manía) o a la alteración de estos dos estados (estados mixtos maniacos-depresivos).

DISTAMIA: trastorno del estado del animo, no psicótico y crónico, caracterizado por depresión o perdida de interés y placer en las actividades normales, pero cuyos síntomas no son los bastantes severos para contribuir para una depresión mayor.

PSICOSIS: Enfermedad mental que se caracteriza por la pérdida de contacto con la realidad y por la alteración de los vínculos con los demás.

MIORELAJANTE: Psicofármacos que se utilizan en casos en los que existen tensiones musculares crónicas y dolorosas

ANEURISMA: Dilatación que se produce por una obstrucción o embolo.

ANEXOS.

GUIA PARA LA VALORACION DE CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO**FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO**

NOMBRE: _____ NO. DE INTEGRANTES
DE LA FAMILIA: _____

EDAD: _____ SEXO: _____ LUGAR QUE OCUPA EN LA
FAMILIA: _____

ESCOLARIDAD: _____ INGRESOS ECONOMICOS
MENSUALES: _____

OCUPACION: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO DE RESIDENCIA: _____

DIAGNOSTICO MEDICO
ACTUAL: _____

TRATAMIENTO: _____

SIGNOS VITALES:
TENCION ARTERIAL: _____
FRECUENCIA CARDIACA: _____
FRECUENCIA RESPIRATORIA: _____
TEMPERATURA: _____

PATRON DE VIDA:

HORA	ACTIVIDAD	LUGAR

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE

¿UTILIZA ALGUN DISPOSITIVO PARA FAVORECER LA OXIGENACION?

PUNTAS NASALES

MASCARILLA

NEBULIZADOR CONTINUO

APOYO MECANICO VENTILATORIO

PARAMETROS

TIPO DE RESPIRACION:

BRADICARDIA

EUPNEA

TAQUIPNEA

DISNEA

PERIODOS DE APNEA

FUMA O FUMO:

SI

NO

TIEMPO_____

ESTADO DE CONCIENCIA:

CONCIENTE

SOMNOLIENTO

ESTUPOROSO

EN COMA

¿HAY PRESENCIA DE CIANOSIS?, ¿EN DONDE?

PERIBUCAL

UNGUIAL EN MIEMBROS SUPERIORES

UNGUIAL EN MIEMBROS INFERIOR

TODOS LAS ANTERIORES

MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA

INGESTA DE LIQUIDOS EN 24 HRS:

SULUCION INTRAVENOSA EN 24 HRS:

¿HAY PRESENCIA DE EDEME? ¿EN DONDE?

- A. ORBITAL
B. FACIAL
C. EN MIEMBROS TORACICOS Y PELVICOS
D. GENERALIZADO

GRADO () () ()

EL ESTADO DE LA PIEL:

HIDRATADA

DESHIDRATADA

ESTADO DE LA MUCOSA:

HIDRATADA

DESHIDRATADA

ULTIMO BALENCE HIDRICO

MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTO

TIPO DE DIETA: _____

VIA DE MINISTRACION:

ORAL

CON Sonda NASOGASTRICA

GASTROSTOMIA

PARENTERAL

PESO: _____ TALLA: _____

PERIMETRO ABDOMINAL: _____

INDICE DE MASA CORPORAL: _____

INGESTRA DE ALIMENTOS EN 24 HRS.

[illegible]

MANTENIMIENTO PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACION Y EXCRECION

DIURESIS EN 24 HRS: _____

CARACTERISTICAS DE LA DIURESIS:

TRANSPARENTE

AMBAR

CAFÉ

ROJIZA

TURBIA

RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO (ORINA):

CREATININA: _____

BACTERIAS: _____

UREA: _____

LEUCOSITOS: _____

ERITROCITOS: _____

DENSIDAD: _____

PH: _____

¿SE UTILIZARON FARMACOS PARA FAVORECER LA DIURESIS?

SI

¿CUAL? _____

NO

¿TIENE SONDA FOLEY?

SI

NO

FECHA DE INSTALACION: _____

EVACUACION EN 24 HRS:

SI

NO

LA VIA PARA LA EVACUACION FUE:

A. NORMAL

B. COLOSTOMIA

C. ILEOSTOMIA

CARACTERISTICAS DE LA EVACUACION

A. FORMADA

B. PASTOSA

C. SEMILIQUIDA

D. LIQUIDA

COLOR DE LA EVACUACION

A. CAFÉ

B. AMARILLA

C. MELENA

D. ACOLIA

REALIZO APLICACIÓN DE ENEMA PARA FAVORESER LA EVACUACION

A. SI ¿CUAL? _____

B. NO

¿SE UTILIZARON FARMACOS PARA FEVORECER LA EVACUACION?

A. SI ¿CUAL? _____

B. NO

PERDIDAS POR OTRAS VIAS:

A. PENROSSE

B. DRENOVAC

C. Sonda en T OTROS: _____

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

SU PASIENTE SE ENCUENTRA EN:

A. REPOSO ABSOLUTO

B. REPOSO RELATIVO

C. DEAMBULACION ASISTIDA

D. POSTRADO

¿SI SU PACIENTE DEAMBULA, QUE DISPOSITIVOS UTILIZA DE APOYO?

EL PATRON DE SUEÑO DEL PASIENTE SE HA MODIFICADO DURANTE SU ESTANCIA EN EL HOSPITAL:

A. SI ¿POR QUE? _____

B. NO

¿UTILIZA ALGUN FARMACO PARA INDUCIR EL SUEÑO?

¿CUAL? _____

¿POR LO REGULAR CUANTAS HORAS ACOSTUMBRA DORMIR?

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION HUMANA

¿EL PASIENTE SE ENCUENTRA EN COMPAÑIA DE SU FAMILIA?

A. SI ¿QUE PARENTESCO? _____

B. NO ¿POR QUE? _____

¿EN HORA DE VISITA, QUIENES LO VISITARON?

¿EL PACIENTE ES CAPAZ DE INTERACTUAR CON SUS COMPAÑEROS DE SALA?

A. SI

B. NO ¿POR QUE? _____

LA ACTIVIDAD DEL PASIENTE ANTE EL AMBIENTE HOSPITALARIO ES:

- A. INTROVERTIDO
- B. EXTROVERTIDO
- C. APATICO
- D. COLABORADOR

PREVENCION DE PELIGROS PARA LA VIDA EL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO

¿CON QUE FRECUENCIA SE LE REALIZA EL BAÑO A SU PACIENTE?

- A. DIARIO
- B. CADA 3 DIAS
- C. UNA VEZ POR SEMANA
- D. REHUSA

TIPO DE BAÑO QUE SE LE PROPORCIONA:

- A. REGADERA
- B. ESPONJA

DURANTE EL DIA SE ASEA:

- A. BOCA
- B. MANOS
- C. AXILAS
- D. GENITALES
- E. NINGUNO

¿CADA CUANDO SE LE CAMBIA LA ROPA DE CAMA A SU PACIENTE?

- A. DIARIO
- B. CADA 3 DIA

LA UNIDAD DEL PACIENTE CON QUE DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD CUENTA:

- A. CAMA CON BARANDALES
- B. TIMBRE HACIA EL CONTROL DE ENFERMERIA
- C. SUJECION GENTIL
- D. BANCOS DE ALTURA

PROMOCION DEL FUNCIONAMIENTO HUMANO DENTRO DE LOS GRUPOS SOCIALES, CON EL POTENCIAL HUMANO, EL CONOCIMIENTO DE LAS LIMITACIONES Y EL DESEO DE SER NORMAL

EL PACIENTE CONOCE LAS ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO QUE DEBE DE LLEVAR DE ACUERDO A SU PADECIMIENTO ACTUAL:

- A. SI
- B. NO ¿POR QUE?_____

EL PACIENTE ESTA CONCIENTE DE LAS LIMITACIONES QUE PUEDE PRESENTAR POR SU ENFERMEDAD:

- A. SI
- B. NO ¿POR QUE?_____

EL FAMILIAR CONOCE Y PARTICIPA EN LA ATENCION QUE SE LE PROPORCIONA AL PACIENTE:

- A. SI
- B. NO ¿POR QUE?_____

EL FAMILIAR ACEPTA A SU PACIENTE CON SUS NUEVAS LIMITACIONES:

- A. SI
- B. NO ¿POR QUE?_____

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS A LOS DEFECTOS DE LAS CONDICIONES QUE PUEDEN AFECTAR ADVERSAMENTE EL DESARROLLO HUMANO

¿HASTA QUE AÑO ESTUDIO?

¿POR QUE?

¿CUANDO LLEGAS A UN LUGAR POR PRIMERA VEZ TE RELACIONAN
CON FACILIDAD?

A. SI

B. NO

¿POR QUE? _____

¿EXISTE ALGUNA SITUACION ESPECIAL QUE LO HIZO SENTIR
FRUSTRADO Y/O FRACASADO?

A. SI

B. NO

¿CUAL? _____

¿HA PERDIDO RECIENTEMENTE ALGUN FAMILIAR Y/O AMIGO?

A. SI

CUANTO? _____

B. NO

¿HACE

¿COMO SE SINTIO DESPUES DE LA PERDIDA?

¿SU TRABAJO ES PERMANENTE?

A. SI

B. NO

¿LE PROPORCIONA ESTABILIDAD ECONOMICA Y SOCIAL?

¿LA CASA DONDE VIVE ES PROPIA?

A. SI

B. NO

¿HA CAMBIADO DE RESIDENCIA EN LOS ULTIMOS SEIS MESES?

A. SI

B. NO

¿POR QUE? _____

¿COMO SE SIENTE AHORA QUE ESTA ENFERMO?

¿HAY ALGUNA SITUACION EN ESPECIAL POR LA QUE SE SIENTA PREOCUPADA?

A. SI

¿CUAL? _____

B. NO

SU ENFERMEDA ES:

A. AGUDA

B. CRONICA

C. TERMINAL

¿COMO SE SIENTE AL RESPECTO?

¿AHORA QUE SABE QUE SU VIDA SE TERNIMARA PRONTO, COMO SE SIENTE

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACION A LA SALUD

¿CADA CUANTO SE REALIZA SU EXAMEN MEDICO?

A. CADA 6 MESE

B. CADA AÑO

C. NUNCA

¿CUANDO ESTA ENFERMO ACUDE A?

A. ALGUNA INSTITUCION DE SALUD

B. CON TUS FAMILIARES

C. CON ALGUN AMIGO

D. CON ALGUN CURANDERO, PARTERA, HECHICERO, ETC.

¿POR QUE? _____

CUANDO TIENE QUE LLEVAR ACABO ALGUGUN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:

A. LO SIGUES AL PIEDE DE LA LETRA HASTA TERMINARLO

B. GENERALMENTE ESPERAS A SENTIRTE BIEN PARA SUSPENDERLO

C. NUNCA LO SIGO GENERALMENTE ME REONGO CON RECETAS CASERAS

SOLO ACUDO A LAS INSTITUCIONES DE SALUD CUANDO:

A. ES NECESARI

B. ESTOY SEVERAMENTE ENFERMO

C. PARA INCAPACIDADES

D. PARA CONSEGUIR MEDICAMENTO

CUANTAS VECES HAZ ESTADO HOSPITALIZADO EN EL ÚLTIMO AÑO:

- A. UNA
- B. DOS
- C. TRES
- D. MAS DE TRES

¿POR

QUE? _____

¿SABES CUALES SON LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES QUE PUEDES PRESENTAR DE ACUERDO A TU ENFERMEDAD?

- A. SI
- B. NO

¿CUALES? _____

SABES DE LA EXISTENCIA DE GRUPOS DE AYUDA, ES DECIR DE GRUPOS DE PERSONAS CON TU MISMA ENFERMEDAD:

¿CONOCE LOS CAMBIOS QUE GENERA EN SU CUERPO LA ENFERMEDAD QUE PADECE?

- A. SI
- B. NO

¿CUALES

SON? _____

¿YA TE HABITUASTE A TU ENFERMEDAD?

- A. SI
- B. NO

¿POR

QUE? _____

ACTUALMENTE ACEPTAS TU ENFERMEDAD:

- A. SI
- B. NO

¿POR

QUE? _____

EXPLORACION FISICA

REGION A EXPLORAR	DATOS ENCONTRADOS
CABEZA, CARA, CUELLO	
TORAX	
PULMONES	
ABDOMEN	
GENITALES	
MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES	
COLUMNA VERTETEBRAL	
OBSERVACIONES	

NOMBRE Y FIRMA