

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA



PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA APLICADO
A UN USUARIO CON DEPRESION BASADA EN LA
TEORIA GENERAL DEFICIT DE AUTOCUIDADO DE LA TEORICA
DOROTHEA E. OREM

PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA

PRESENTA:
MARTHA ITZEL ARROYO PEÑA

ASESORA:
L.E.P.D. ROSA MARIA CASILLAS FRANCO
MORELIA, MICHOACAN.

Diciembre 2008

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 ADMINISREATIVA

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE ENFERMERIA

PRESIDENTE

VOCAL 1

VOCAL 2

SUPLENTE

DEDICATORIA

A MI MADRE

Por haberme dado la vida
Y guiarme en el buen camino
Por confiar en mí para continuar en mi camino
Por ayudarme a llegar en donde estoy
Le doy las gracias por ser mi madre
te quiero mucho.....

EN ESPECIAL A MI PADRE

Por darme la vida y creer en mí
Por enseñarme a levantarme cada vez que caía
Por inculcarme el respeto a los demás
Por enseñarme a valorar la vida
Por darme valor para salir adelante
Y a luchar no rendirme
Sobre todo por estar con mígo.
Te quiero tanto.....

A MIS HIJOS

Por comprenderme cuando no estuve con ellos
Por apoyarme durante mi carrera
Por darme fuerza de seguir adelante
Por darme tanto amor
Por estar con mígo
Los amo.....

A MI ASESORA

En especial un agradecimiento a mi asesora
Ya que ella me dedico tiempo y esfuerzo y dedicación
Para que pudiera realizar este proceso
Mil gracias por todo.....

Un agradecimiento a las personas que me apoyaron durante este
Proceso en especial al Prof.: julio cesar cabrea por su tiempo y apoyo.

INDICE

I.- INTRODUCCION-----	1
II.-JUSTIFICACION-----	2
III.-OBJETIVO GENERAL-----	3
OBJETIVO ESPESIFICO	
IV.- MARCO TEORICO-----	4
4.1. PROCESO ATENCION ENFERMERIA-----	12
4.2. ANTECEDENTES HISTORICOS-----	21
4.3. DEFINICION DE LA DEPRESION-----	22
4.4. CAUSA, FACTORES DE RIESGO-----	23
4.5. CLASIFICACION-----	24
4.6. MANIFESTACIONES CLINICAS-----	25
4.7. DIAGNOSTICO-----	26
4.8. TRATAMIENTO-----	27
V.-CASO CLINICO-----	40
VI.-PLAN DE CUIDADOS-----	48
VII.- CONCLUSIONES-----	49
SUJERENCIAS-----	50
VIII.-BIBLEOGRAFIA-----	52
XI.-GLOSARIO-----	53
X.-ANEXOS-----	56

I. INTRODUCCION

Actualmente la mayoría de las personas sufren o han pasado por una depresión en algún momento de su vida , hay varios grados de depresión , que puede ser desde un problema leve hasta una enfermedad que amenaza la vida , un problema emocional hoy en día la depresión es curable, y a muchas personas les puede cambiar la vida por completo , la ciencia medica esta entendiendo cada vez mas y mejor la depresión los casos serios de la depresión se debe a un desequilibrio de sustancias químicas (neurotransmisores) y hay muchas causas que provocan este desequilibrio.

Así pues los trastornos mentales son una causa principal de sufrimientos o de incapacidad en el mundo son afecciones de diversos orígenes que tiene una base física en el cerebro y que afecta a millones de personas, generalmente son trastornos crónicos y con episodios o crisis cada cierto tiempo.

Es un conjunto de de trastorno con mas afectados y mayor impacto socio –económico e incidencia en la calidad de vida de los pacientes es más notable.

La percepción de los trastornos mentales ha evolucionado mucho en los últimos siglos, ya que es un trastorno muy frecuente e incluso es progresivo aumento, la relevancia de su frecuencia cobra un significado mayor si se tiene en cuenta que este trastorno generaliza una discapacidad funcional importante, superior a la mayoría de las enfermedades médicas crónicas.

La depresión surge en esta sociedad fundamentalmente capitalista donde las exigencias son cada vez mayores y la inseguridad se esta incrementando severamente a todos los niveles sociales por lo cual hago énfasis en este trastorno ya que actualmente nos afecta como problema de salud publica ya que va en aumento sobre todo en el futuro de el mundo los niños.

En particular en este caso clínico de un usuario (J.L.D.C) el cual la sociedad que actualmente vive fue un factor importante en su trastorno depresivo en conjunto con su vida de adicción ala cocaína. Por lo tanto en conjunto con el personal de enfermería son elementos básicos para la atención de el usuario psiquiátrico en conjunto con esto se elabora un proceso de atención enfermería utilizando la Teoría General de el Déficit de Auto cuidado de Dorothe E. Orem

II. JUSTIFICACION

A lo largo del tiempo y a medida como va en aumento la depresión en la sociedad se ha encontrado trastorno en cualquier edad, sin importar tipos sociales por tal motivo es importante analizar ya que este es problema de salud publica que nos afecta a toda la sociedad y en general a los familiares de los pacientes ya que la falta de conocimiento los hace vulnerables para poder brindarles ayuda o conocimiento de que se debe hacer en estos casos por tal motivo cuando llegan a pedir ayuda en algunos casos es temprana pero lamentablemente en otros casos ya es muy tarde para recibir ayuda, así como falta de apoyo y comprensión familiar y de quienes se encuentran a su alrededor.

Por tal motivo para realizar este proceso de atención enfermería (J.L.D.C) aplicado a un usuario con depresión es de conocerla y tratarla de, manera integral a través de un sistema de cuidados de enfermería que estudie los patrones de respuesta humana en base a las cinco esferas (fisiología, psicológica, sociales, espirituales y culturales) que afectan de tal manera el estado de salud del usuario.

Para ello durante mi experiencia con esta patología me a llevado a comprender a que grado puede afectar ala persona y como personal de enfermería como brindarle una atención temprana y oportuna para el usuario.

Para la elaboración de este proceso se utiliza el modelo de Dorotea E.Orem utilizando la guía de capacidades de auto cuidado así como las etapas del proceso de atención enfermería.

la información que se proporciona esta basada en conocimientos tanto médicos como de enfermería que se tiene de la depresión en lo que esto respecta ala causa , síntomas, evaluación y tratamiento del usuario.

III. OBJETIVO GENERAL

- ❖ Elaborar un plan de cuidados basado en la teoría general de El Déficit de Auto cuidado de Dorotea E. Orem en un usuario con depresión (intento suicida).

OBJETIVO ESPECIFICO

- ❖ Establecer una relación de confianza con el usuario para poder realizar una atención integral y efectiva.
- ❖ Identificar en que condiciones de salud se encuentra el usuario para así realizar una atención integral y efectiva.
- ❖ Identificar que condiciones de salud se encuentra el usuario para así realizar la elaboración de un plan de cuidados de acuerdo a sus necesidades.
- ❖ Formular el diagnostico establecido por la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de enfermería) realizado con el estado de salud del usuario.
- ❖ Realizar un plan de cuidados de acuerdo a las necesidades que se ven alterados del usuario.
- ❖ Ejecutar un plan de cuidados basados en una fundamentación científica.
- ❖ Evaluar el logro de los objetivos.

VI. MARCO TEORICO

DOROTHEA ELIZABETH OREM.

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

De padre constructor y madre ama de casa menor de dos hermanas, empezó la carrera de enfermería en la escuela del Providence Hospital en Washington D.C. Donde recibió el diploma de enfermera en la década de los treinta.

TEORIA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO

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

- 1.- Teoría del Auto cuidado, describe y explica el autocuidado.
- 2.- Teoría del Déficit del Auto cuidado, 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 la enfermería.

1.- TEORIA DEL AUTOCUIDADO

El auto cuidado es una acción de las persona maduras y en proceso de maduración y es la capacidad de cuidarse a si mismas en situaciones ambientales, las personas que se ocupan de su auto cuidado y 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 si mismas hacia el entorno, para regular los factores que afecten a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida , salud o bienestar.

Existe factores internos o externos que a los individuos afecta sus capacidades para ocuparse de su auto cuidado o afecta al tipo y cantidad de autoguiado requerido.

a) Internos

- ♣ Edad
- ♣ Sexo
- ♣ Estado de desarrollo estado de salud

b) Externos

- ♣ Orientación sociocultural
- ♣ Factores del sistema familiar
- ♣ Patrón de vida
- ♣ Factores ambientales
- ♣ Disponibilidad y adecuación de los recursos.

En el término Auto cuidado tiene connotación dual “para uno mismo” y “realizado por uno mismo”. Normalmente los adultos cuidan de si mismos pero los niños, adolescentes, ancianos y enfermos quieren de un agente de cuidado dependiente, es decir, que le provea los cuidados. Los requisitos de auto cuidado son expresiones que el individuo requiere cubrir o satisfacer.

1.- los requisitos de auto cuidado 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 excreción.
- ♣ 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 potencial humano y el deseo humano del ser normal.

2.-los requisitos de auto cuidado 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 del desarrollo durante las etapas del ciclo vital.

- ♣ Estados intrauterinos
- ♣ Etapas 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
- ♣ Perdidas de familiares, amigos o asociados
- ♣ Pérdida de seguridad laboral
- ♣ Cambio brusco de residencia
- ♣ Enfermedad Terminal y muerte inminente

3.- los requisitos de auto cuidado 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 auto concepto y auto imagen 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.- TERORIA DEL DEFICIT DEL AUTO CUIDADO

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

a) Los seres humanos por naturaleza tiene 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 integridad estructural y el mantenimiento y promoción de la integridad funcional.

b) Es 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.

c) Los defectos genéticos y constitucionales y las desviaciones de integridad estructural, la funcionalidad normal y de bienestar, comportan requerimientos para su prevención y acciones reguladoras para controlar su extensión para controlar y mitigar sus efectos.

3.- TEORIA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERIA

Es el elemento organizador de la teoría del déficit de auto cuidado, y una serie de relaciones entre personas de diferentes grupos, paciente- enfermera. Este constituido mediante las acciones de la enfermera y sus pacientes, se puede 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 auto cuidado para desempeñar, las acciones de auto cuidado que cubra los requisitos.

b)

c) Sistema de Enfermería Parcialmente Compensatorio: la enfermera ejecuta las medidas de su auto cuidado, particular y aceptar los cuidados de enfermería.

d)

e) Sistema de Enfermería de Apoyo /Educativo: el paciente realiza su auto cuidado, regula y desarrolla con la enfermera su auto cuidado.

CONCEPTOS SEGUN DOROTHE E. OREM.

Concepto de **PERSONA**: concibe al ser humano como biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que afecten a el mismo a otros y a su entorno, condiciones que le hace capaz de llevar su auto cuidado. Además de un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que esta sometido a las fuerzas de la misma, lo que 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 auto cuidado dependiente.

Concepto de **SALUD**: la salud es un estado que la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; 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 **ENFERMERIA**: Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencial directa en su auto cuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que viene 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 auto cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Concepto de **AUTOCUIDADO**: Consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician o llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo o sano, y continuar con el desarrollo personal y de bienestar.

4.1 HISTORIA DEL PROCESO ATENCION ENFERMERIA

El proceso de enfermería ha evolucionado hacia un proceso de cinco fases compatibles con la naturaleza evolutiva de la profesión (mayo 1955) lo describió como un proceso distinto (Jonson 1959) , (orlando 1961), (wiendenbach 1963), desarrollaron un proceso detrás fases diferentes que contenía elementos rudimentarios del proceso de cinco fases actual .En 1967,yura walsh fueron los autores del primer texto en el que se describa un proceso de cuatro fases : valoración ,planificación , ejecución, evaluación. Mediados de los años 70s (Bloch 1974), (Roy 1975), (mundiguer y jauron 1975) y (espinal 1976) añadieron la base diagnostica, dando lugar a un proceso de cinco fases.

Desde ese momento, el proceso de enfermería ha sido legitimado como el sistema de práctica de enfermería. La asociación norteamericana de Diagnostico de Enfermería (N.A.N.D.A) utilizo 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.

DEFINICION DEL PROCESO ATENCION DE ENFERMERIA

El proceso atención de enfermería (PAE) es el sistema de la practica 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 de la serie de acciones señaladas, pensadas para cumplir el objetivo de la enfermería, mantener el bienestar optimo del cliente y si este estado cambia, proporcionar la cantidad 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 ala 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 puede cubrir las necesidades individuales del cliente, familiar y de la comunidad. el proceso atención enfermería (PAE)consiste en una relación e interacción entre el cliente y el personal de enfermería , con el cliente como centro de atención. El profesional 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 saluda y da lugar a una asistencia individualizada.

INDICADORES DEL PROCESO DE ENFERMERIA

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 esenciales, 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 enfermería; 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 n planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- 3.- Es dinámico: responde a un cambio continuo.
- 4.- Es interactivo: basado en las relaciones reciprocas 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.
- 6.- tiene una base teórica: el proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencia y humanidades y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

ETAPAS

Como se ha señalado anteriormente, el proceso de enfermería esta organizado en cinco fases identificables: valoración, diagnostico, planificación, ejecución y evaluación.

VALORACION

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 respuestas humanas de cliente. Los datos se recogen 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 las respuestas humanas a problemas de salud reales, potenciales 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 y la comunidad.

DIAGNOSTICO

Durante esta fase se analiza 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 tiene tres dimensiones, dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en personas que comprendan 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 interdependientes, 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 DIAGNOSTICOS

- 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 DIAGNOSTICO

Diagnóstico reales: presenta signos y síntomas.

Diagnóstico potenciales o riesgo: presenta complicaciones o riesgo que se pueden presentar.

PLANIFICACION

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 puedan presentar una familia y una comunidad, muy raras veces pueden ser aprobadas al mismo tiempo, por falta de recursos económicos, materiales humanos. Por lo 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 por que 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 medibles, realista 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 sienta aplicadas 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 concretas que la enfermería y/o familia realizan para hacer realidad los objetivos. Estas acciones se consideran instituciones 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, que hay que hacer, cuando hay que hacerlo, donde hay que hacerlo y quien ha de hacerlo.

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

EJECUCION

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 continúa recogiendo datos relacionados con la situación del cliente y su interacción con el entorno. La ejecución incluye también el registro de la atención a cliente en los documentos adecuados dentro de la historia de enfermería. Esta documentación verifica 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 de el cliente, establece medidas correctoras si fuese necesario, y revisa el plan de cuidados de enfermería.

4.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA DEPRESION

La depresión ha estado con la humanidad desde al principio de la misma y a lo largo de la historia del ser humano. Como antecedentes históricos podemos mencionar la utilización de la palabra melancolía en un escrito de Hipócrates en el siglo V a C . Después encontramos en el siglo II de nuestra era Areteo de capadocia de refiere a la depresión como causada por la bilis negra. Lo que posteriormente afirma galeno en sus manuscritos de ahí damos un brinco hasta el siglo XIV cuando paracelso habla tanto de la depresión endógena como la exógena Roberto Burton escribe su libro la Anatomía de l Melancolía haciendo referencia a los aspectos hasta entonces conocidos sobre el padecimiento.

Desde hace muchos años y diferentes culturas se han dado explicaciones sobre el fenómeno depresivo. Son parecidas a las de hoy pero expresadas con interpretaciones religiosas o mágicas donde la víctima y los espectadores no lo valoran como una enfermedad.

Los trastornos afectivos han sido reconocidos y descritos desde los inicios de la historia escrita. En el antiguo Egipto durante mas de 3000 años, las depresiones fueron tratadas por los sacerdotes, quienes reconocieron que estas iban frecuentemente asociadas con la experiencia de una pérdida psicológica.

En 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 tecnológica, este movimiento de la concepción tecnológica y filosófica ala observación medica alcanzo su máximo esplendor en el pensamiento de Hipócrates (medico griego) en sus libro la 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 un agente causal.

Los griegos descubrieron esta enfermedad ya que decían que Demócrito de había vuelto loco y para ello mandaron llamar a Hipócrates quien detecto haber pasado por una fase depresiva y más tarde por una fase de hipertermia.

Demócrito vivía rodeado de esqueletos y este le contó a Hipócrates que deseaba encontrar una cura para su enfermedad para así curar a otros que la padecían.

En otras culturas también la depresión como por ejemplo en las sagradas escrituras el rey enemigo de Isabel * enfermo de tal tristeza intensa cada vez mas el, mencionaba que estaba en un abismo de tristeza* esto seria un resumen de algunas historias clínicas de deprimidos actuales.

El síntoma dominante de la depresión es la tristeza los pensadores cristianos hablaban de la ideas de san pablo quien decía que había dos tipos de tristeza una que era “tristeza según dios” y “tristeza según el mundo” la cual produce la muerte en un principio se decía que la depresión era un pecado, con el paso de los años fue considerándose una depresión.

Thomas willis (anatomista y medico ingles 1621 1675) su noción de “discrasia salina” y el papel que contribuye al ataque cerebral en la melancolía deja postergado el factor nocivo de la atrabilis (aunque continuamente hable de ella) según el delirio melancólico es consecuencia de un desorden del cerebro y de los espíritus y de sus efluvios se infiltran de la manera irregular en diversas partes del cerebro y del sistema nervioso. Estos efluvios tienden a estar en continua movimiento resulta 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 la melancolía podía mutuamente remplazarse, al igual que el humor y la llama, si el melancólico puede entrar en furia o manía y desde aquí a menudo termina en una disposición melancólica.

Pinel (1745-1826) describe melancolía consiste en un juicio falso que el enfermo se forma acerca del estado de su cuerpo que el cree en peligro por causa mínimas, teniendo que sus intereses le salgan mal. La terapéutica de la melancolía esta fundamentados en el tratamiento moral, labor principal consistía en destruir las idea exclusiva, pues para el , melancólico es víctima de una idea que el mismo se ha hecho y que lleva en el una vida parasitaria.

El paso del siglo XIX al XX esta marcado en psiquiatría por dos genios, “ante la depresión” Dr. Juan Antonio Vallejo-Nagera. Ed panamericana 1999.

Kraepelin y freíd, según freíd la causa de muchas depresiones es psicológicas. Kraepelin rechazo la interpretación psicoanalítica de freíd, para el la depresión era causa orgánica vinculada a factores hereditarios. Todo consiste en una alteración del metabolismo en los sectores que afectan al sistema nervioso.

En el siglo pasado Emil Kraepelin uno de los mas eminentes psiquiatras de su tiempo habla de la Melancolía Atónita. También el siglo pasado Kahlbaum en 1863 acuña y empieza a utilizar el termino distimia Tan difundido actualmente entre los profesionales de la salud mental.

En 1911 Sigmundo Freíd publica su trabajo Duelo y Melancolía. El cual establece las diferencias entre la enfermedad y el proceso de duelo.

DSM4

El diagnóstico y el manual estadístico de la cuarta edición de los desórdenes mentales (Asociación psiquiátrica americana, 1994) es la referencia actual usada por los profesionales y los médicos mentales de salud para diagnosticar desórdenes mentales. Esta publicación se refiere a menudo como el **intravenoso de DSM o de DSM4 o de DSM**, y utilizamos tales abreviaturas aquí para la conveniencia. La asociación psiquiátrica americana comenzó a publicar el DSM en 1952, y ha pasado desde entonces con varias revisiones antes de la versión más reciente, la cuarta edición, fue publicada en 1994. Las listas actuales del intravenoso de DSM sobre 200 condiciones mentales de la salud y los criterios requeridos para cada uno en la fabricación de una diagnosis apropiada.

Los bosquejos de DSM IV fueron circulados para la discusión y los comentarios antes de la publicación del manual final en 1994 (la asociación psiquiátrica americana 1994a). El material de la revisión se ha publicado en una serie de los libros de la fuente del intravenoso de DSM. Una nueva versión que incorporaba revisiones de menor importancia del texto explanatory - revisión del texto del intravenoso de DSM (DSM - el intravenoso - TR) - fue publicada en 2000. Esto apuntó poner al día la clasificación como herramienta educativa. Los cambios son principalmente pequeños del texto y no hay alteración a las clasificaciones sí mismo o a los criterios (asociación psiquiátrica americana 2000).

El intravenoso de DSM para el vario desorden tiene gusto de la depresión importante:

Los criterios de diagnóstico para los desórdenes mentales son esencialmente descripciones de los síntomas que bajan en una de cuatro categorías.

En **desorden depresivo importante** por ejemplo, los síntomas afectivos o del humor incluyen humor y sensaciones presionados del estrés o de la culpabilidad.

Los síntomas del comportamiento incluyen retiro y la agitación sociales.

Los síntomas cognoscitivos, o los problemas en el pensamiento incluyen dificultad con la concentración o las decisiones de la fabricación.

Finalmente, los síntomas somáticos o físicos incluyen el insomnio o hipersomnia (que duerme demasiado).

La utilidad clínica del DSM 4 es mucho más que una herramienta para hacer diagnosis de la depresión como desorden importante. Es utilizada por los profesionales y los médicos mentales de salud como guía para comunicarse sobre condiciones mentales de la salud. Cuando dos clínicos discuten una diagnosis tal como “desorden depresivo importante, solo episodio, severo con las características sicopáticas,” ambos tienen la misma conceptualización de los varios aspectos de la enfermedad. Sin el DSM-IV, los dos clínicos pudieron tener opiniones muy diversas de la condición. El DSM 4 también permite que los profesionales de salud mentales alcancen el consenso en el cual los síntomas o los grupos de los síntomas deben definir que los desórdenes.

Tales decisiones son basadas en la evidencia empírica (resultados de investigación), generalmente por un personal multidisciplinario de profesionales. Además, el DSM 4 se utiliza como una

herramienta educativa y referencia para conducir todos los tipos de investigación (e.g., los ensayos clínicos, predominio estudian, investigación del resultado).

Sin embargo, **el DSM-IV** recoge una mayor cantidad de trastornos que pueden ser producidos por sustancias, y los clasifica por cada sustancia psicoactiva, o grupo de sustancias psicoactivas. Estos pueden ser:

Trastornos relacionados con el alcohol (por consumo (dependencia o abuso), o trastorno por intoxicación, abstinencia, delirium, amnésico, psicótico, de ansiedad, del ánimo, del sueño o sexual inducido por alcohol).

Trastornos relacionados con alucinógenos (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación, delirium por intoxicación, perceptivo persistente, psicótico, de ansiedad o del ánimo inducido por alucinógenos) .

Trastorno relacionados con anfetaminas (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación, abstinencia, delirium por intoxicación, psicótico, de ansiedad, del ánimo, del sueño o sexual inducido por anfetaminas).

Trastornos relacionados con la cafeína (trastorno de ansiedad o del sueño inducido por cafeína)
Trastornos relacionados con cannabis (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación [con alteraciones perceptivas o sin ellas], delirium, psicótico o de ansiedad, inducido por cannabis).

Trastornos relacionados con cocaína (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación [con alteraciones perceptivas o sin ellas], abstinencia, delirium, psicótico, de ansiedad, del ánimo, del sueño o sexual inducido por cocaína).

Trastornos relacionados con fenciclidina (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación [con alteraciones perceptivas o sin ellas], delirium por intoxicación, trastorno psicótico, de ansiedad, del ánimo, inducido por fenciclidina.)

Trastornos relacionados con inhalantes (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación, delirium por intoxicación, demencia persistente, trastorno psicótico, de ansiedad, del ánimo, inducido por inhalantes).

Trastornos relacionados con nicotina (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno abstinencia, inducido por nicotina).

Trastornos relacionados con opiáceos (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación [con alteraciones perceptivas o sin ellas], delirium por intoxicación, trastorno psicótico, del ánimo, sexual o del sueño inducido por opiáceos).

Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación, abstinencia, delirium (por intoxicación o abstinencia), demencia persistente, trastorno amnésico, psicótico, de ansiedad, del ánimo, sexual o del sueño inducido por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos).

Trastorno relacionado con varias sustancias
Dependencia de varias sustancias.

Trastornos relacionados con otras sustancias o con sustancias desconocidas (por consumo [dependencia o abuso], o trastorno por intoxicación [con alteraciones perceptivas o sin ellas], abstinencia, delirium, demencia persistente, trastorno amnésico, psicótico (con alucinaciones o ideas delirantes), de ansiedad, del ánimo, sexual o del sueño, inducido por otras sustancias o sustancias desconocidas).

Trastornos del estado de ánimo

Aquí se clasifican los trastornos cuya característica principal es una alteración del humor. El DSM-IV define, por una parte, episodios afectivos, de carácter depresivo (estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o sensación de placer), o maniaco, (estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable). Estos episodios se combinarían generando diversos patrones, constituyendo así los diferentes trastornos del ánimo.

- Episodios afectivos
- Episodio depresivo mayor
- Episodio maníaco
- Episodio mixto
- Episodio hipomaníaco
- Trastornos depresivos (con episodios depresivos)
- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno distemico
- Trastorno bipolar I
- Trastorno bipolar II
- Trastorno ciclotímico
- Trastorno bipolar no especificado
- Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
- Trastorno del estado de ánimo no especificado

DSM-VI

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales o en inglés Disease Statistical Manual (DSM) de la American Psychiatric Association (Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos) contiene una clasificación de los trastornos mentales con el propósito de proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas, con el fin de que los clínicos y los investigadores puedan diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos trastornos mentales. La edición vigente es la cuarta (DSM-IV). Ya ha salido un calendario de investigación para la publicación del DSM-V, que, al igual que el DSM-IV provoca controversia dentro de los profesionales en su uso diagnóstico. La OMS recomienda el uso del Sistema Internacional denominado CIE-10, cuyo uso está generalizado en todo el mundo.

El DSM, es un instrumento realizado a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones, y de clínicos en general con investigadores diversos. Por esto, no tiene la pretensión de explicar las diversas patologías, ni de proponer líneas de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico, como tampoco de adscribirse a una teoría o corriente específica dentro de la psicología o psiquiatría.

Es importante aclarar que siempre debe ser utilizado por personas con experiencia clínicas, ya que se usa como una guía que debe ser acompañada de juicio clínico, además de los conocimientos profesionales y criterios éticos necesarios.

Ésta es la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, el DSM-IV, de la American Psychiatric Association. La utilidad y credibilidad del DSM-IV exigen que se centre en objetivos clínicos, de investigación y educacionales, y se apoye en fundamentos empíricos sólidos. Nuestra prioridad ha sido la de proporcionar una guía útil para la práctica clínica. Mediante la brevedad y concisión en los criterios, la claridad de expresión y la manifestación explícita de las hipótesis contenidas en los criterios diagnósticos, esperamos que este manual sea práctico y de utilidad para los clínicos.

Otro objetivo de este documento, aunque adicional, es el de facilitar la investigación y mejorar la comunicación entre los clínicos y los investigadores. Hemos intentado

Asimismo que sirva de herramienta para la enseñanza de la psicopatología y para mejorar la recogida de datos en la información clínica hasta ahora vigente.

Una nomenclatura oficial es necesaria en una amplia diversidad de contextos. Este manual es usado por clínicos e investigadores de muy diferente orientación (p. ej., investigadores biológicos, psicodinámicos, cognitivos, comporta mentales, interpersonales y familiares). Lo usan psiquiatras, otros especialistas, psicólogos, asistentes sociales, enfermeras, terapeutas ocupacionales y de rehabilitación, consejeros y otros muchos profesionales de la salud. El DSM-IV debe poder usarse en diferentes situaciones: pacientes ingresados, pacientes ambulatorios, hospital de día, psiquiatría de enlace, consulta privada y asistencia primaria. Se trata también de un instrumento necesario para poder llevar a cabo y dar a conocer estudios estadísticos sobre salud pública. Afortunadamente, todos estos usos son compatibles.

El DSM-IV es producto de 13 Grupos de Trabajo, cada uno de los cuales posee plena responsabilidad sobre una sección de este manual. Esta organización fue diseñada para aumentar la participación de gente experta en cada uno de los campos. Se tomaron muchas precauciones a la hora de asegurar que las recomendaciones del Grupo de Trabajo reflejaran los conocimientos más vigentes y no fueran sólo las opiniones de sus miembros. Después de consultar de manera extensa con expertos y clínicos de cada materia, se seleccionó para el Grupo de Trabajo a aquellos miembros que representarían un amplio abanico de perspectivas y experiencias.

Los miembros del Grupo de Trabajo aceptarán la idea de trabajar como grupo de consenso y no como abogado de los conceptos anteriores. Además, el Grupo de Trabajo debía seguir un proceso formal basado en las pruebas disponibles.

Los Grupos de Trabajo informaban al Comité Elaborador del DSM-IV, que constan de 27 miembros, muchos de los cuales presidían asimismo algún Grupo de Trabajo. Cada uno de los 13 Grupos de Trabajo se componía de 5 (o más) miembros, cuyas opiniones eran analizadas por un grupo de entre 5 y 100 consejeros, escogidos por representar experiencias clínicas y de investigación, disciplinas, formación y ámbitos de actuación muy diversos. La participación de muchos expertos internacionales ha asegurado que el DSM-IV posea la más amplia gama de información y pueda aplicarse y usarse en todo el mundo. Se han realizado multitud de conferencias y reuniones con el fin de proporcionar una guía conceptual y metodológica para la elaboración del DSM-IV. Entre ellas, muchas han estado dedicadas a consultas entre los realizadores del DSM-IV y los de la CIE-10, con el fin de aumentar la compatibilidad entre los dos sistemas. Asimismo, han tenido lugar otras reuniones centradas en el papel de los factores culturales en el diagnóstico de las enfermedades mentales, en el diagnóstico geriátrico y en el diagnóstico psiquiátrico en los centros de asistencia primaria.

CIE-10

La lista de códigos CIE-10 es la décima versión de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud; del inglés ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), provee los códigos para clasificar las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. Cada condición de salud puede ser asignada a una categoría y darle un código de hasta seis caracteres de longitud (en formato de X00.00). Tales categorías pueden incluir un grupo de enfermedades similares.

La CIE es publicada por la Organización Mundial de la Salud. Es usada mundialmente para las estadísticas sobre morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soportes de decisión automática en medicina. Este sistema está diseñado para promover la comparación internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estas estadísticas. La CIE es la clasificación central de la WHO Familia of International Classifications (WHO-FIC).¹

La lista CIE-10 tiene su origen en la «Lista de causas de muerte», cuya primera edición editó el Instituto Internacional de Estadística en 1893. La OMS se hizo cargo de la misma en 1948, en la sexta edición, la primera en incluir también causas de morbilidad. En este momento, la lista en vigor es la décima, y la OMS sigue trabajando en ella.

La CIE-10 fue desarrollada en 1992 para rastrear estadísticas de mortalidad. La OMS publica actualizaciones menores anuales y actualizaciones mayores cada tres años.

Posteriormente, algunos países han creado sus propias extensiones del código CIE-10. Por ejemplo, Australia introdujo su primera edición, la «CIE-10-AM» en 1998; Canadá introdujo en el 2000 su versión, la «CIE-10-CA». Alemania también tiene su propia extensión, la «CIE-10-GM».

CLASIFICACION DE LOS TRASTORNOS MENTALES CIE 10 **Criterios de la OMS**

F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática

F06.0 Alucinosis orgánica.

F06.1 Trastorno catatónico orgánico.

F06.2 Trastorno de ideas delirantes (esquizofreniforme) orgánico.

F06.3 Trastornos del humor (afectivos) orgánicos.

F06.4 Trastorno de ansiedad orgánico.

F06.5 Trastorno disociativo orgánico.

F06.6 Trastorno de labilidad emocional (asténico) orgánico.

F06.7 Trastorno cognoscitivo leve.

F06.8 Otro trastorno mental especificado debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática.

F06.9 Otro trastorno mental debido a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática sin especificación.

F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.

F07.0 Trastorno orgánico de la personalidad.

F07.1 Síndrome post-encefalítico.

F07.2 Síndrome post-conmocional.

F07.8 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.

F07.9 Trastorno de la personalidad y del comportamiento debido a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.

CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO UNICO.

Cinco o más de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo periodo de 2 semanas y representan un cambio con respecto al funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1.- ánimo deprimido la mayor parte del día, prácticamente todos los días como lo indican los informes subjetivos (p.ej., se siente triste o vacío) u observaciones realizadas por otros (p. ej., parece temerosos). Nota: en niños y adolescentes pueden manifestar un ánimo irritable.

- 2.- notoria disminución del interés o placer en todas o prácticamente en todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.
- 3.- pérdida de peso significativa sin estar a dieta, o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días. nota: en niños, considera la falta del aumento de peso esperado.
- 4.- insomnio o hipersómio prácticamente todos los días.
- 5.- agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por otros, no meros sentimientos subjetivos de agitación o lentitud).
- 6.- fatiga o pérdida de energía prácticamente todos los días.
- 7.- sensación de no valer para nada o culpa excesiva o inapropiada que puede ser delirante) prácticamente todos los días (no meros autor reproches o culpabilidad por estar enfermo).
- 8.- disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión prácticamente todos los días.
- 9.- pensamiento recurrentes sobre la muerte (no solo miedo a morir) ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento de suicidio o plan específico para suicidarse.

Los síntomas producen un sufrimiento clínicamente significativo o alteración en el funcionamiento social laboral o en otras áreas.

Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o de un cuadro médico general.

Los síntomas solo se justifican por pérdida, es decir, tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una notoria alteración funcional, preocupación mórbida con desprecio, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

4.3 DEFINICION DE LA DEPRESION

La palabra depresión viene del latín depresión que quiere decir hundimiento. Es un trastorno afectivo que varía desde; bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico, gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.

Es una tristeza sin razón aparente que la justifique. La depresión puede aparecer en niños, adolescentes, adultos y ancianos. En los niños y adolescentes puede provocar un bajo rendimiento escolar, suele estar triste y normalmente quieren estar solos son pesimistas y tiene el nivel de autoestima bajo. La depresión puede aparecer en un hombre o una mujer aun las mujeres son de dos a tres veces más propensas que los hombres a padecer esta enfermedad.

La depresión es una enfermedad tratable que puede afectar a todas las personas sin ninguna edad en especial, sexo o situación social.

Areteo define depresión de esta manera (depresión es igual a melancolía).

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Este trastorno se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y actividades que antes eran placenteras.

TIPOS DE TRASTORNOS

Los síntomas de la depresión varían según la persona la depresión puede ser clasificada como leve, moderada o grave dependiendo de la cantidad y gravedad de sus síntomas. En psicopatología se pueden reconocer tres categorías dentro de la depresión pero en todos los síntomas principales es el estado de ánimo. Estas categorías son: trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar y trastorno sistémico.

TIPOS DE DEPRESION MAYOR

Estos tres tipos de depresión, el primer es trastorno depresivo mayor, el segundo el trastimico, el tercero el trastorno bipolares cada uno de estos tres tipos de depresión el grado de gravedad y la persistencia de los síntomas varían. Las personas con un trastorno depresivo mayor muestran un estado de ánimo triste, ansioso o vacío en forma persistentes. Suele perder el interés por todas las actividades que antes les interesaba, hasta el apetito sexual, tiene dificultad a la hora de concentrarse en hacer su trabajo. Puede cambiar su metabolismo y perder peso de una manera exagerada y por el contrario puede aumentar su peso excesivamente. en un 97% de los casos pierdan la energía, suelen padecer de insomnio.

EPIDEMIOLOGIA

La depresión mayor cada vez se diagnostica y se trata mejor las depresiones y sin embargo crece su importancia como problema de salud pública, es necesario involucrar a los médicos de atención primaria con otros profesionales sanitarios y con enfermos y familias en el manejo de la depresión.

Por otra parte con el peso económico de la depresión es muy alto, en España el estudio el costo de las enfermedades mentales proporciona cifras muy elevadas; la parte más significativa la representa las depresiones con un costo anual de 125.000 millones de pesetas siendo el costo indirecto siendo 61% mortalidad prematura e incapacidad laboral y mayor que el directo, consultas, hospitalización, medios de diagnóstico y farmacia.

Además a estas cifras habría que añadir otras más difíciles de medir, como lo son la disminución de productividad, el impacto sobre la familia y las que derivan de la comorbilidad.

Los trastornos constituyen un grupo de entidades nosológicas de enorme relevancia por su alta morbilidad y capacidad de generar discapacidad. Constituye por lo tanto una importante causa de malestar psicológico para el paciente y una carga para la sociedad. Se debe a que una de cada cinco personas presentara un trastorno del ánimo a lo largo de su vida, siendo esta proporción aun mayor) superior a la población general.

La depresión mayor con una prevalencia próxima al 4% en hombres y al 8% en mujeres y una tasa comprobado que existe tendencias históricas en la presentación de los trastornos depresivos comprobándose una mayor afectación en los sujetos menores de cuarenta y cinco años. Constituye también factores de riesgo el estado civil de soltero y divorciado, los niveles socioeconómicos bajos, la existencia de recientes acontecimientos vitales estresantes y la carencia de apoyos sociales capaces de amortiguarlos.

En México una de cada cuatro personas con depresión recibe ayuda; una de cada 10 es tendida por un médico: una de cada 20 es atendida por un psiquiatra y uno de cada tres pacientes a los que el neuro psiquiatra es el más importante es la depresión. Encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica 2005 indica que el 8.8% de la población mexicana a presentado por lo menos un cuadro de depresión alguna vez en su vida y 4.8% lo presento en el año previo a la realización de esta encuesta. Se calcula que la mitad de estos casos son severos. La depresión es 1.5 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres y el embarazo y el post-parto son periodos particularmente críticos.

ETIOLOGIA

HIPOTESIS BIOLOGICAS

Hipótesis neuroquímica

En la depresión esta hipótesis se sustenta en la menor actividad de las aminas biogénas: serotonina, noradrenalina y dopamina, se observa una alteración de los metabolitos de las aminas biogénas: ácido 5- hidroxindolacético (5-HIAA derivados de la noradrenalina)- en sangre, orina, líquido cefalorraquídeo. Algunos pacientes agresivos, violentos y deprimidos Suicidas tienen disminución de 5HIAA en líquido cefalorraquídeo.

Hipótesis Neuroendocrinas

En la depresión, la hiperactividad del eje hipotálamo hipofiso-suprarrenal determina la hipersecreción de cortisol. Se observa menor liberación de tirotrópina (TSH) y disminución de hormona del crecimiento (GH) hormona folículo estimulante (FSH) luteinizante (LH) y testosterona. Tanto en la manía como en la depresión están disminuidas las funciones inmunes.

Hipótesis genética

En el ámbito de la epidemiología genética, los estudios en familias que ofrecen información sobre la transmisión hereditaria del trastorno depresivo mayor. Existe claras evidencias de la existencia de un componente heredable en su desarrollo. Sin embargo no se ha podido esclarecer aun la forma de transmisión de estas enfermedades y tampoco se ha podido identificar los genes responsables, a pesar de los impresionantes avances que en genética molecular han tenido lugar en las últimas décadas.

4.4 CAUSAS

La depresión mayor puede tener muchas causas. Los factores psicológicos que aumentan el riesgo de la depresión incluyen dificultad para expresar la ira eficazmente, el experimentar pérdidas, una autoestima mala, grandes necesidades de dependencia, malas relaciones interpersonales y un criterio pesimista de uno mismo y del mundo. La herencia genética es un factor importante para muchas personas, así como un alto nivel de estrés.

En años recientes, se ha aclarado más que la depresión también incluye un desajuste químico muy específico en las áreas del cerebro que son responsables del estado de ánimo y la emoción.

Muchos investigadores creen que puede ser causada por desequilibrios químicos en el cerebro, los cuales pueden ser hereditarios o causados por sucesos de la vida de una persona.

Algunos tipos de depresión parecen transmitirse de padres a hijos, aunque ésta también se puede presentar en personas que no tienen antecedentes familiares de la enfermedad. Los cambios de vida o acontecimientos estresantes también pueden desencadenar la depresión en algunas personas. Por lo general, está involucrada una combinación de factores.

Cada año, más de 18 millones de estadounidenses, hombres y mujeres de todas las edades, razas y niveles económicos tienen depresión; la incidencia más frecuente es en las mujeres.

Las mujeres son especialmente vulnerables a la depresión después del parto como resultado de los cambios hormonales y físicos. Aunque las madres primerizas comúnmente experimentan "melancolía" transitoria, la depresión que se prolonga por más de 2 a 3 semanas no es normal y requiere tratamiento.

La depresión mayor también se puede presentar en adolescentes y niños, y a ellos también les puede servir el tratamiento.

SIGNOS Y SINTOMAS DE LA DEPRESION

Los síntomas se desarrollan habitualmente de forma gradual a lo largo de los días o semanas. Muchas persona con depresión no pueden expresar normalmente sus emociones (como la aflicción, la alegría y el placer) en casos extremos para ellos el mundo ante ello es descolorido y muerto. Estas personan a menudo indecisas en si mismos, tienen una sensación progresiva de desamparo y desesperanza y piensan en la muerte y el suicidio.

En general los depresivos tienen dificultad para conciliar el sueño y se despiertan repentinamente, sobre todo temprano por la mañana. El 20% de los depresivos los síntomas son leves, pero la enfermedad dura años a menudo décadas. Esta variante sistémica de la depresión a menudo comienza a temprana en la vida y se asocia con cambios característicos de la personalidad. Las personas en esta situación son melancólicas, pesimistas, no tienen sentido del humor o son incapaces de divertirse, son pasivas y aletargadas, introvertidas, escépticas, hipercríticas o en constante queja, autocríticas llenas de autor reproches. Algunas depresivas se quejan de tener una enfermedad orgánica, como diversas penas y dolencias o de miedos por sufrir desgracias o de volverse locas.

Otras creen tener enfermedades incurables, cerca del 15% de las personas deprimidas más común mente aquellas con depresión grave tienen delirios (creencias falsas) o alucinaciones, viendo u oyendo cosas que no existen. Los sentimientos de inseguridad y de pocas valías pueden conducir a las personas intensamente deprimidas a creer que son observados y perseguidas. Estas depresiones con delirios se denominan depresiones psicóticas.

Los pensamientos de muerte están entre los síntomas mas graves de depresión muchos deprimidos quieren morir o sienten que su vida es tan escasa que deberían morir un 15% de las persona con depresión grave tienen una conducta suicida. Una idea de suicidio representa una situación de emergencia y cualquier persona así debe de ser hospitalizada y mantenida bajo supervisión hasta que el tratamiento reduzca el riesgo de suicidio.

SINTOMAS DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

No todos experimentan de la misma manera, los síntomas varían según la persona.

La depresión puede ser clasificada como leve, moderada o grave dependiendo de la gravedad de sus síntomas.

- ♣ Estado de animo triste, ansiosos o vacío en forma persistente.
- ♣ Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- ♣ Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- ♣ Perdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban incluyendo la actividad sexual.
- ♣
- ♣ Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar en cámara lenta.
- ♣ Dificultad para concentrarse. Recordar y tomar decisiones.
- ♣ Insomnio, despertarse mas temprano o dormir mas de la cuenta.
- ♣ Perdida de peso, apetito o ambos por el contrario comer mas de la cuenta aumentar de peso.
- ♣ Pensamientos de muerte o suicidio, intentos de suicidio.
- ♣ Inquietud, irritabilidad.

4.5 SINTOMAS DE LA DEPRESION

- ♣ Tristeza
- ♣ Ansiedad
- ♣ Sentimientos de desesperanza
- ♣ Pesimismo
- ♣ Sentimientos de culpa, auto castigo
- ♣ Perdida del interés de las actividades actuales
- ♣ Disminución de la energía
- ♣ Cansancio
- ♣ Fatiga
- ♣ Irritabilidad
- ♣ Alteraciones del sueño
- ♣ Pérdida de apetito
- ♣ Dolores o malestares físicos sin causa aparente.

4.7 DIAGNOSTICO

El medico es generalmente capaz de diagnosticar una depresión a partir de los síntomas y los signos.

Una historia previa de depresión o una historia familiar de depresión ayuda a confirmar el diagnostico.

A veces se usan cuestionarios estandarizados para ayudar a medir el grado de depresión. Dos cuestionarios de este tipo son la escala de porcentaje de la depresión de Hamilton, que se realiza de modo verbal por un entrevistador, y el inventario de la depresión de Back, que consiste en un cuestionario que el paciente debe rellenar.

Las pruebas de laboratorio, generalmente análisis de sangre, pueden ayudar al medico a determinar las causas de algunas depresiones. Estos es particularmente útil en mujeres, en las que los factores hormonales pueden contribuir a la depresión.

En casos difíciles de diagnosticar, los médicos pueden realizar otras pruebas para confirmar el diagnostico de depresión. Por ejemplo debido a que los problemas del sueño son un signo prominente el sueño los médicos especializados en el diagnostico y tratamiento en los trastornos del humor pueden realizar un electro encefalograma durante el sueño para medir el tiempo que tarda la persona el llegar a la fase de movimiento rápido de los ojos (periodo en el cual ocurre los sueños) generalmente tarda unos 90 minutos. En una persona con depresión se suele alcanzar en menos de 70 minutos.

PRONÓSTICO

Una depresión sin tratamientos puede durar 6 meses o mas aunque pueden persistir unos leves síntomas en algunas personas, el funcionamiento tiende a volver a la normalidad en cualquier caso los depresivos en general experimentan episodios repetidos de depresión en un promedio de cuatro o cinco veces a lo largo de la vida.

Hoy en día general mente, la depresión se trata sin necesidad de hospitalización. Sin embargo a veces un persona debe de ser hospitalizada, especialmente si tiene ideas de suicidio o lo ha intentado, si esta demasiado débil por la perdida de peso o si tiene riesgo de problemas cardiacos por la agitación intensa.

Actualmente el tratamiento de la depresión. Otros tratamientos incluyen la psicoterapia y la terapia electroconvulsiva. Algunas veces se usa una combinación de estas terapias.

Pérdida de peso, apetito o ambos por el contrario comer más de la cuenta aumentar de peso.

Pensamientos de muerte o suicidio, intentos de suicidio.

Inquietud, irritabilidad.

Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico como dolor de cabeza, trastornos digestivos y dolores crónicos.

4.6 MANIFESTACIONES

Se trata de cuadros de depresión en los que la tristeza aparece en un segundo plano o no está presente sin embargo los pacientes manifiestan su depresión a través de los síntomas somáticos como algias, parestesias, cefaleas, trastornos neurovegetativos etc.

Algunos cuadros depresivos graves presentan entre sus manifestaciones clínicas alucinaciones y delirios.

IDEAS

Las ideas delirantes son habitualmente congruentes con el estado de ánimo (ideas delirantes) y clásicamente su contenido es de ruina, culpa o enfermedad (hipocondriaco).

CULMINACION

Algunos pacientes con los síntomas mencionados de una depresión mayor en repentinas ocasiones intentan el suicidio pocas veces lo logran solo quedan en el intento aunque debido a la gravedad de la depresión mayor mayormente culminan en un suicidio.

A veces se usan cuestionarios estandarizados para ayudar a medir el grado de depresión. Dos cuestionarios de este tipo son la escala de porcentaje de la depresión de Hamilton, que se realiza de modo verbal por un entrevistador, y el inventario de la depresión de Beck, que consiste en un cuestionario que el paciente debe rellenar.

4.8 PRONÓSTICO Y TRATAMIENTO

Una depresión sin tratamientos puede durar 6 meses o más aunque pueden persistir unos leves síntomas en algunas personas, el funcionamiento tiende a volver a la normalidad en cualquier caso los depresivos en general experimentan episodios repetidos de depresión en un promedio de cuatro o cinco veces a lo largo de la vida.

Hoy en día generalmente, la depresión se trata sin necesidad de hospitalización. Sin embargo a veces una persona debe de ser hospitalizada, especialmente si tiene ideas de suicidio o lo ha intentado, si está demasiado débil por la pérdida de peso o si tiene riesgo de problemas cardíacos por la agitación intensa.

Actualmente el tratamiento de la depresión. Otros tratamientos incluyen la psicoterapia y la terapia electroconvulsiva. Algunas veces se usa una combinación de estas terapias.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Varios tipos de fármacos antidepresivos están disponibles: los tricíclicos, los inhibidores de la captación selectiva de serotonina, los inhibidores de la monoaminoxidasa y los psicoestimulantes, pero debe tomarse de forma regular durante por lo menos varias semanas antes de que empiecen a hacer efecto. Las posibilidades de que un antidepresivo específico tenga éxito en el tratamiento de una son del 65%.

Los efectos secundarios varían según el fármaco. Los antidepresivos tricíclicos a menudo causan sedación, como algunos otros efectos, la velafaxina puede aumentar levemente la presión arterial, la trazodona se ha asociado con erección dolorosa (priapismo), la maprotilina y el bupropion tomados en dosis rápidamente incrementadas pueden presentar convulsiones, el bupropion no causa sedación y no afecta la función sexual y a menudo es útil en pacientes con depresión y pensamientos lentos.

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) representan un gran avance en el tratamiento de la depresión por cuanto producen menos efectos secundarios que los medicamentos tricíclicos y son bastante seguros en los que la depresión coexiste con una enfermedad orgánica. La principal desventaja es que los ISRS es que causan con frecuencia disfunción sexual.

Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) representan otra clase de fármacos antidepresivos las personas que consumen IMAO deben observar una restricción dietética y seguir precauciones especiales por ejemplo no deben tomar alimentos o bebidas que contenga tiramina, como la cerveza de barril los vinos tintos, los licores, los alimentos demasiado maduros, el salami, los quesos curados, las habas, los extractos de levadura, y la salsa de soja.

Los psicoestimulantes como el metilfenidato, se reservan generalmente para las personas depresivas que están encerradas en sí mismas, lentas y cansadas, o que no han mejorado después de haber usado todas las otras clases de antidepresivos.

ANTIPSIKOTICOS: La Dozapina (leporex), Olanzapina (ziprexa) y la Risperidona (risperdal), Haloperidol (haldol), Perfenazina son conocidos como medicamentos apíricos y son utilizados para los trastornos del pensamiento y la esquizofrenia, son buenos como estabilizador del ánimo y los antidepresivos, por lo tanto se pueden utilizar en combinación con los otros.

ANTIDEPRESIVOS: Los antidepresivos tricíclicos tienen tendencia a provocar un cambio hacia la respuesta maníaca en estas se encuentran la Amitriptilina (friptizol), Desipramina (norpremina), Doxepina (sinequan) Imipramina (tofranil).

El antidepresivo Bupropion es un medicamento único que está relacionado con las anfetaminas que aportan menos riesgos de maníaca que los de más medicamento. Los inhibidores de la recaptación de serotonina como la Fluoxetina (prozac), Sertralina (besitran), Paroxetina (seroxat) son empleados para tratar la fase depresiva.

PSICOTERAPIA

La psicoterapia usada conjuntamente con los antidepresivos pueden favorecer en gran medida los resultados del tratamiento farmacológico. La psicoterapia individual o de grupo puede ayudar a la persona a resumir de modo gradual antiguas responsabilidades y adaptarse a las presiones habituales de la vida, acrecentando la mejoría conseguida por el tratamiento farmacológico. Con la psicoterapia interpersonal (humanista) la persona recibe una guía para adaptarse a los diferentes papeles de la vida. La terapia cognitiva puede ayudar a cambiar la desesperanza de la persona y a sus pensamientos negativos. La psicoterapia puede ser tan eficaz como la terapia farmacológica en el caso de las depresiones leves.

TERAPIA CONDUCTUAL: se centra en la modificar o favorecer los comportamientos que aumente o disminuyen el estrés e incrementa las experiencias placenteras que permitan mejorar los síntomas.

TERAPIA COGNITIVA: se centra en modificar los pensamientos o creencias pesimistas que puedan facilitar o mantener dicha enfermedad.

TERAPIA ELECTROCONVULSIONANTE

La terapia electro convulsiva (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 del TEC ha evolucionado notablemente. Hoy en día se tiene un estricto control anestésico, con miorrelajacion, ventilación artificial y mediante estimulación eléctrica con aparatos computarizados modulares que monitorizan electro encefalograficamente 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. Esta indicado en pacientes que sufren depresión, esquizofrenia, episodios maniacos.

La terapia electro convulsionante (TEC) se usa para terapia de la depresión grave, particularmente cuando la persona sufre psicosis, amenaza con suicidarse o se niega a comer. Este tipo de terapia es generalmente muy eficaz y puede aliviar la depresión rápidamente a diferencia de los antidepresivos, que pueden tardar varias semanas en producir efecto.

La velocidad con la que actúa la terapia electro convulsiva puede salvar vidas.

En la terapia se coloca unos electrodos en la cabeza y se aplica una corriente eléctrica para inducir una convulsión en el cerebro. Por razone desconocidas la convulsión alivia la depresión generalmente se administra de cinco a siete sesiones a días alternos como la corriente eléctrica puede causar contracciones musculares.

La colocación de los electrodos en ambas regiones frontotemporales. Se utiliza una corriente de entre 90 y 100 voltios durante un tiempo aproximado de 0.5 a1 segundo mientras está 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 del tratamiento consiste en administrar entre 5 y 10 sesiones en días alternos aunque el número de sesiones depende de la respuesta clínica del paciente.

HOSPITALIZACION

En algunos casos la hospitalización es necesaria sobre todo en episodios maniaco depresivos donde presentan síntomas psicóticos conductas Hetero agresivas , deterioro del cuidado personal , conductas de sexualidad, manejo de dinero , consumo de sustancias toxicas, y mal control terapéutico así como en intentos e ideas de suicidio, depresión mayor.

PSICOTERAPIA

Terapia Cognitiva

Los pacientes depresivos tienen pensamientos displacenteros (angustiantes, negativos, autodestructivos) respecto a si mismos, al mundo que los rodea y respecto al futuro que les espera. Estos pensamientos no suelen ser totalmente conscientes y se producen en forma automática sin intervención de la voluntad del paciente (*pensamiento automático negativo*). Las personas deprimidas se consideran desgraciadas, frustradas, humilladas, rechazadas o castigadas. Miran el futuro sin esperanza.

La Terapia Cognitiva de la Depresión intenta corregir estas "distorsiones cognitivas". Dichas distorsiones son de 3 tipos (*tríada cognitiva*):

1. Visión negativa e irrealista de la realidad (visión negativa del mundo).
2. Pérdida de la esperanza respecto al futuro (visión negativa del futuro).
3. Baja autoestima y pensamientos autodestructivos (visión negativa de si mismo).

La Terapia Cognitiva tiende a que el paciente vea claramente estos mecanismos que retroalimentan su estado depresivo y pueda suplantarlos por modos de ver la vida más acordes a su realidad, es decir que el pensamiento "lógico pragmático" y el sentido común (el menos común de los sentidos) se vean fortalecidos. Vale la pena aclarar que estamos tratando el tema de Depresiones Primarias, es decir, aquellas que no son debidas a situaciones o factores externos (Trastorno Adaptativo con Estado de Ánimo Depresivo). En este segundo caso lo anteriormente expuesto no es aplicable, ya que es la realidad que le toca vivir al paciente lo que lo lleva a sentirse deprimido.

Terapia conductual

Se centran en modificar o favorecer los comportamientos que aumentan o disminuyen el estrés e incrementen las experiencias placenteras que permitan mejorar los síntomas.

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 medicas de la hospitalización y de evolución.

Es una técnica terapéutica de sujeción o contención física utilizado en el usuario con trastorno mental con el fin de prevenir riesgos como auto y heteroagresion y en situaciones especiales de riesgo.

TECNICAS DE RELAJACION Las técnicas de relajación están especialmente indicadas en los trastornos de tipo psicossomático y en todas aquellas alteraciones en que la ansiedad o angustia es la que provoca los desórdenes funcionales. Como hábito psicoprofiláctico podrían estar indicadas las técnicas de relajación para la mayoría de la población en todas aquellas situaciones estresantes de la vida diaria como los exámenes, el estrés laboral, las relaciones conflictivas, etc.

El objetivo fundamental de los métodos de relajación (técnicas de relajación) consiste en la producción, bajo control del propio sujeto, de estados de baja activación del sistema nervioso autónomo. Estos estados de baja activación se logran como una consecuencia del establecimiento de determinadas actitudes y actividades cognitivas. Su logro repercutirá en un mayor autocontrol de sus conductas emocionales, comporta mental e intelectuales. Usted no debe intentar esforzarse en lograr directamente la relajación.

EJERCICIOS DE RESPIRACION

Muchos de nosotros respiramos mal en momentos de estrés y tensión. Una característica de la reacción de lucha o huida es la respiración rápida y entrecortada, la falta de aire y la sensación de ahogo en el tórax y la garganta. La relajación consciente y los ejercicios de respiración pueden ayudarlo a superarlo.

Comience tratando de respirar lentamente y cuando aspire hágalo con fuerza, así su respiración volverá a ser normal.

CONTROL DE LA RESPIRACION

Practicando ejercicios de control de la respiración conseguirá respirar de manera más profunda y regular. Cuando respire rítmicamente concéntrese en levantar el abdomen al aspirar, y llene conscientemente de aire la parte inferior, media y superior de sus pulmones. Mientras contiene el aliente sienta cómo se expanden las costillas en la parte anterior y posterior de su cuerpo; la sensación será como inflar lentamente un globo. Cuando suelte el aire contraiga el diafragma como si fuera un fuelle, acercándolo a la espina dorsal. Vacíe completamente de aire sus pulmones antes de respirar de nuevo.

EJERCICIO PARA TRANQUILIZARSE

Le aclarará la mente cuando esté cansado o haya trabajado demasiado, y si lo hace por la noche le ayudará a dormir. No fuerce la respiración. Idealmente tendría que aspirar, contener la respiración y expeler el aire contando hasta ocho cada vez, pero al principio hágalo contando solamente hasta cuatro y luego llegue gradualmente hasta ocho.

1. Aspire por la nariz, contando lentamente hasta cuatro. A medida que mejore su capacidad pulmonar cuente hasta seis u ocho. Contenga la respiración durante otros cuatro, seis u ocho segundos.

2. Sin mover su cuerpo comience a espirar y cuente lentamente hasta cuatro, seis u ocho. Expulse todo el aire. Cuando llegue al último número recomience el ejercicio.

MEDITACION Y RESPIRACION

La respiración es un puente por el que se pasa de un estado consciente y voluntario a un estado de relajación trascendente e involuntaria. Concentrarse en la respiración es un instrumento ideal para bloquear los pensamientos extraños, tranquilizar y poner la mente en blanco, y reemplazar el desorden mental por un único objeto de contemplación.

Cuando esté relajado, cierre los ojos y empiece a concentrarse en el ritmo y la calidad de su respiración. La respiración no debe ser forzada, pero sí un poco más lenta y superficial que lo normal. Sienta cómo su estomago sube y baja suavemente cada vez que respire. Durante un rato piense "adentro" mientras el aire entra por la nariz, y "afuera" cuando suelte el aire por la nariz o por la boca. Luego empiece a contar cada inspiración, repitiendo la palabra "uno" o contando de uno a diez.

Concéntrese en la respiración, déjese hipnotizar por ella: excluye todos los pensamientos de su mente. Si cuenta mientras respira, visualice los números cada vez que inspire "plantándolos" mentalmente en el centro de su estomago. No se apresure ni se anticipe al próximo número, deje que cada uno se derrita suavemente en el siguiente.

EJERCICIOS DE RELAJACION

REQUISITOS

Para que ésta llegue a ser correcta y total han de reunir los siguientes requisitos:

Tranquilización emocional.

Progresiva distensión muscular.

Cese de todo movimiento mental, o sea, de todo pensamiento, imagen o idea.

Actitud consciente en todo momento.

EFFECTOS

Perfecto descanso del cuerpo.

Recuperación rápida de toda clase de fatiga.

Mejora el funcionamiento del cuerpo en general.

Aumenta la energía física, psíquica y mental.

Tranquiliza, aclara y profundiza la vida afectiva o emocional.

Descanso de la mente a voluntad.

CONDICIONES PARA UNA BUENA RELAJACION.

LUGAR

Temperatura: Ventilado y una temperatura agradable, necesitando mantas en caso de que haga frío.
Tranquilidad: Es difícil conseguir sitios silenciosos. Acostumbrarse a ruidos conocidos.

LUZ

Suave, penumbra, oscuridad.

Ropa: cualquiera, con tal de que no apriete.

Hora: Evitar los momentos de somnolencia/ Nada más levantarse, después de las comidas y al acostarse). Procurar hacerlo a la misma hora.

POSICION

Tumbada, sentado, de pie, cómodo.

DURACION

Al comienzo 5 a 10 minutos, luego media hora y una vez de dominar la técnica, lo que se crea conveniente.

Tanto para entrar como para salir de la relajación tenemos que tener en cuenta dos elementos: mente y respiración.

ACTITUD MENTAL que debe mantener en todo proceso de relajación es de mantener la atención perfectamente tranquila y despierta.

RESPIRACION

Se debe comenzar y terminar con 2 o 3 respiraciones profundas y dejar luego una respiración abdominal que será más lenta y profunda, a medida que se profundice en la relajación.

De igual manera si se debe interrumpir la relajación no debe hacerse de forma brusca. Antes de salir hacer una respiración profunda, estirar brazos y piernas y abrir los ojos.

Uno de los ejercicios más efectivos consiste en estirarse en suelo y poco a poco ir poniendo el cuerpo en tensión y relajarlo, estirar y relajar todas y cada una de las partes del cuerpo. Este ejercicio consigue ponerle en un estado de relajación profunda y le ayuda a reconocer y distinguir las diferentes sensaciones de tensión y relajación. Disponga del tiempo suficiente para este ejercicio; y concéntrese en la sensación de pesadez y calor en las extremidades, mientras sigue respirando a un ritmo suave.

En cualquier caso, haga un ejercicio o toda una serie de ellos, recuerde que obtendrá beneficios más duraderos si los practica regularmente y todos los días a la misma hora.

AUTOESTIMA

La autoestima tiene dos componentes: un sentimiento de capacidad personal y sentimiento de valía personal.

En otras palabras, la autoestima es la suma de la confianza y el respeto por uno mismo.

Refleja el juicio implícito que cada uno hace de su habilidad para enfrentar los desafíos de la vida (para comprender y superar los problemas) y de su derecho a ser feliz (respetar y defender sus intereses y necesidades).

Tener una alta autoestima es sentirse confiadamente apto para la vida, es decir, capaz y valioso, en el sentido que acabo de indicar. Tener una autoestima baja es sentirse inútil para la vida, equivocado, no con respecto a tal o cual asunto, sino equivocado como persona.

Desarrollar la autoestima es desarrollar la convicción de que uno es competente para vivir y merecer la felicidad y por lo tanto, ayuda a alcanzar nuestras metas y experimentar la plenitud. Desarrollar la autoestima es ampliar nuestra capacidad de ser felices.

Cuanto más alta sea nuestra autoestima, mejor preparados estaremos para afrontar las adversidades: cuánto más flexibles seamos, más resistiremos las presiones que nos hacen sucumbir a la desaparición o a la derrota.

DESARROLLO DE LA AUTOESTIMA

Deje de criticarse y empiece a apreciarse a sí mismo.

El aceptarse le ayuda a hacer cambios.

Empiece a aprobarse.

Dese permiso para avanzar

Puede dejar de preocuparse

Escúchese, Vd. sabe lo que le es más provechoso.

Vd. merece ser feliz.

Decida tratarse bien.

Tome el control de su vida.

Concéntrese en lo bueno de las personas y de las situaciones.

Vd. elige sus pensamientos.

TECNICAS DE CONFIANZA

Mirar a los ojos constantemente

Mirar a los ojos da mucha seguridad, hay muchísima gente que desconfía de quién no le mire los ojos. Mirando a los ojos de la otra persona constantemente (pero sin agobiar) estaremos dando a entender que lo que nos cuenta la otra persona es muy interesante y le provocaremos una fuerte emoción interna de sentirse valorado y de que sepa o crea que lo que nos está contando es muy interesante.

Breve toque en el hombro como signo de apoyo emocional.

Cuando recibes a alguien es importante recibirlos con un breve toque en el hombro. Esto significa **respeto** y hace sentir a la otra persona valorada. Es tan sencillo como eso. Sin embargo, debes hacer el ligero toque en el hombro pensando en caer bien a la otra persona, en que la aprecias, ya que **si lo haces de mala leche o completamente neutral, sin vida, pues la cosa se notará.**

Se dé un maestro de la seducción que aplicaba algunos principios de generar confianza en los demás (obviamente no de la informática humana) y lo hacía de forma tan mecánica que a parte de un robot todos sabíamos que fingía

Asentir constantemente

Asentir es un signo de: “si, te estoy escuchando”. Hace sentir a las personas que se las escucha, que son valoradas y queridas, produce el mismo efecto que mirar a los ojos y se debe combinar: “mirar a los ojos y asentir constantemente” para que la otra persona sienta que la escuchamos de verdad.

Animar con la verdad

Cuando alguien te cuente una pena o algo que le ha pasado malo, lo que tienes que hacer es animarlo, pero no falsamente con: “¡eres el mejor del mundo!”. Tienes que hacerlo T/Cde forma que te salga de dentro, da igual si es verdad o no, lo que importa es que te salga de dentro y que tus palabras te sean sinceras. **Busca siempre el lado positivo de las cosas que te cuenten** y harás a la persona mucho más feliz. Al hacer esto, la persona se está sintiendo bien estando a tu lado y racionalizará que estar contigo es igual a estar bien. Y **estar bien con alguien significa confianza.**

Cómo crear tus propias técnicas para generar confianza

La verdad es que hacer tus propias técnicas para generar confianza mediante la informática humana es muy sencillo. Lo dicho anteriormente son tan solo unos ejemplos y entre todos podemos aportar nuestro grano de arena para encontrar cientos de técnicas así mismo encontrar un vínculo que nos lleve a mejorar cada vez más las técnicas ya prescritas.

TECNICAS TERAPEUTICAS

1.- Usando silencio: ausencia de comunicación verbal.

El silencio a veces estimula al paciente a verbalizar, especialmente si se trata de un silencio interesado y expectativo esta clase iniciativa de comunicar aquello que mas apremia. El silencio de la oportunidad de organizar el pensamiento, analizar algún punto y considerar traer tema de mayor interés que el que se ha discutido.

Esto estimula al paciente a hablar, lo dirige a considerar su propio problema reduce la marcha de la entrevista cuando la enfermera o el paciente este presionado. Prevé tiempo al paciente para considerar alternativas de acción ahondar en sus sentimientos o pensar una discusión. Permite al paciente descubrir que puede ser aceptado aun cuando permanezca silencio, tímido y aun cuando permanezca silencioso, tímido y aun persona que puede ser repetido por otra.

2.- aceptación: dar indicación de acogimiento.

Si....

“Un hmm...”

“Estoy oyendo lo que Ud. dice”.

Asiendo con la cabeza indica que la enfermera esta alerta la tren d pensamientos del paciente,.

Estas respuestas indican que la enfermera tiene su pensamiento sincronizado con el paciente, que hay comunicación y que es observadora participante en vez de pasiva. La aceptación no indica no estar de acuerdo con el paciente es no enjuiciadora en carácter.

Es simplemente una verbalización de la actitud de permisividad y aceptación que quiere decir en efecto.

3.- dando reconocimiento. Tomar en cuenta, indicar conciencia de un hecho.

“Buenos días señor”.

“Ud. Ha hecho una billetera de cuero”.

“Observo que se ha peinado”.

Saludar al paciente por su nombre nota los esfuerzos que ha hecho, indicar conciencia de algún cambio muestra que la enfermera reconoce al paciente como persona. Tal reconocimiento no acarrea para el paciente ninguno de las cargas de la aprobación y la alabanza imponen, obliga al paciente a perseguir más aprobación por la misma, peplau dice “cuando un paciente hace algo bueno, esto es un hecho y la enfermera puede mencionarlo”.

El proceso terapéutico fase de confianza

A partir de la concepción de la terapia como proceso podemos entender que para una persona que experimenta o vive una psicosis, uno de los elementos centrales va a ser la relación que establezca con el facilitador, y mediante la cual, a través de un restablecimiento del contacto psicológico y posteriormente de la percepción de las actitudes “necesarias y suficientes” se podrá llevar a cabo la lenta o incipiente reconstrucción del mundo interno de la persona. (Gendlin, 1996; Greenberg, Lietaer y Watson, 1998).

Autores como Swildens proponen algunas fases por las que puede pasar el proceso terapéutico en la psicosis. Estas constituyen una aproximación fenomenológica al mundo interno del cliente, y nunca un programa estructurado que la persona deba recorrer ordenadamente. Las fases son las siguientes: (Swildens, citado por Berghofer, 1996).

Fase de pre-motivación: como primera fase se caracterizaría por un retraimiento y desconfianza hacia la persona del facilitador. La persona prácticamente puede estar en una suerte de autismo existencial, y no tener interés o gusto por la terapia. Incluso puede haber un rechazo abierto al proceso terapéutico. La persona se encuentra de alguna manera completamente ensimismada, y se ha retraído de las relaciones con los demás y con el mundo en general. Pareciera que únicamente vive en su mundo interno, con todas las complicaciones que esto pueda traer.

Fase sintomática: aquí la persona presenta mucha de la sintomatología llamada psicótica. Lo importante es recordar que para la terapia centrada en la persona, los llamados síntomas también presentan una dimensión constructiva al no permitir una desorganización mayor o la existencia de un mundo interno más caótico o desorganizado.

Fase verbal: aquí algunos sentimientos empiezan a ser expresados poco a poco y de manera particular. Los síntomas de la fase anterior empiezan a reducirse o a transformarse lentamente, dando paso a una etapa más enfocada a la expresión de lo que la persona piensa, siente o vive. Fase existencial: la más importante de las fases para Swildens, implica preguntarse cómo se puede vivir de manera significativa con este trastorno.

Algunas otras cuestiones prácticas dentro del proceso terapéutico que necesitan tenerse en cuenta para poder facilitar o desbloquear la tendencia actualizarte en la persona con psicosis son:

Regulación de la cercanía-distancia: implica un respeto y una regulación por la forma, muchas veces cambiante en la que la persona con psicosis se aproxima al facilitador. De la misma manera significa la aceptación de la persona cuando establece mas distancia. El terapeuta debe considerar este proceso de acercarse-alejarse como propio del cliente, y no tomarlo como una cuestión que la persona dirige hacia el facilitador. Es decir, ante la proximidad, el alejamiento o una actitud fría o rechazarte de la persona con psicosis, el facilitador muestra la misma respuesta: un esfuerzo empático y una valoración de la persona, independientemente de la conducta que presente en ese momento.

Formación de límites: si pensamos que dentro de un mundo interno caótico, desorganizado o incoherente la persona puede vivir una ausencia de límites tanto internos como externos, la presencia de un "otro" que establece tentativamente una relación humana que facilita un proceso de crecimiento previamente obstruido o temporalmente abortado, da como consecuencia que la misma persona en este proceso de reconstrucción y reorganización de sus experiencias inicie también la reorganización de sus límites tanto intra como interpersonales.

Síntomas psicóticos: un elemento fundamental para que se pueda establecer una relación genuina entre cliente y facilitador es que el terapeuta pueda aceptar como reales los síntomas que presenta una persona.

Esto significa que si el cliente expresa: "yo puedo volar todas las noches y mi cuerpo poco a poco se diluye en el espacio". Aquí el facilitador puede entender que se enfrenta a un pensamiento que contradice la física y el sentido común, pero también debe entender, y esto es lo más importante que esta persona constituye algo real, parte de su experiencia vivencia, que al ser seguida o reflejada empáticamente se comprobara que contenía aspectos vivenciales y fidedignos, pero transformados en un lenguaje aparentemente confuso incoherente y fuera de la realidad.

El "si mismo" en proceso de reorganización: mucho del trabajo de Prouty (1994, 1998) se orienta a explorar como el ser pre-expresivo a través de ir entrando en contacto psicológico con el facilitador, puede tentativamente ir integrando aspectos o dimensiones anteriormente anuladas o que debido a experiencias de mucho sufrimiento o dolor habían permanecido fuera de la conciencia.

La cuestión existencial: orientada básicamente a encontrar un sentido a la propia vida, sobre todo bajo las circunstancias de experimentar psicosis. Significa también un enfrentamiento de la persona con situaciones límite, donde su propia capacidad de responder y encontrar dicho sentido, se ven auxiliadas por un ambiente psicológicamente seguro como la terapia.

PLAN DE CUIDADOS PARA ESTABLECER UNA RELACION DE CONFIANZA ENFERMERA PACIENTE.

La relación que una enfermera tiene con su paciente puede apreciarse en cuatro fases o estudios.

1.- FASE INTRODUCTORIA O DE ORIENTACION: El propósito de la relación se establece y define los papeles que llevaran a la enfermera y el paciente.

2.- FASE DE PRUEBA: En este momento, el paciente puede tener una actitud manipuladora a fin de descubrir los límites de la relación y probar la sinceridad y la confiabilidad de la enfermera. La actitud y conducta del paciente pueden variar mucho, desde ser agradable y ansioso de agradar, hasta cooperar poco y ser iracundo. Esta fase puede ser extremadamente esforzada y frustrante para el equipo de enfermería.

3.- FASE DE TRABAJO: Por lo general esta es la más larga de una relación de confianza y la más productiva. El paciente comienza a confiar en el equipo terapéutico y a enfocarse en los problemas o conductas que se necesitan modificación.

Durante los momentos de frustración, el paciente puede revestir esta situación y probar conductas. El equipo terapéutico debe anticiparse a esto y evitar el desaliento o la renuncia a la relación.

4.- FASE DE CULMINACION: La planeación para terminar la relación de hecho comienza desde la fase de orientación de la relación. A medida que el paciente comienza a confiar más en sí mismo, hace planes para su regreso a casa o a la comunidad o un sitio donde tendrá una estancia más duradera o placentera.

V. CASO CLINICO

Usuario masculino de 26 años de edad, domicilio conocido en los hornos, municipio de Huetamo Michoacán, de estado civil soltero el cual ha teniendo trabajos inestables, entre ellos en donde se vio involucrado con el narcotráfico, dicho usuario durante las conversaciones y relación enfermero paciente, el usuario tuvo confianza y comento de una incidencia con algunas personas del narcotráfico y el tuvo problemas con ellos por lo tanto su vida estaba en peligro ya que lo amenazaron de muerte y por ello entro en depresión y el por lo tanto comenta que decide intentar el suicidio por consecuencia de este acontecimiento suceden cambios en su vida y estado de ánimo .

Actualmente se encontraba trabajando de obrero, escolaridad secundaria terminada de religión católica; actualmente vive con sus padres en los hornos Michoacán.

Habita casa de cemento contando con todos los servicios, alimentación buena en cantidad y calidad aseo dental suficiente y aseo personal bueno, usuario que a través del vínculo con el narcotráfico consume drogas de la que menciona cocaína, alcohol, tabaco.

Es el tercero de la familia siendo tres hermanos el menor ningún problema al nacer y el cual sustenta la casa ya que habita con sus padres y dos sobrinos que han estado a su cargo desde su infancia refiere que los ha cuidado y mantenido como sus hijos por la cual no se ha casado ni a entablado una relación sentimental con ninguna persona.

Inicia su padecimiento al llegar al estados unidos consumiendo sustancias toxicas aproximadamente hace cinco años desde el vinculo con el narcotráfico y que se inmiscuyo con las drogas, pensiona que nunca avía estado hospitalizado y en la historia clínica no se menciona caso alguno.

En su historia clínica menciona que es la primera vez que tiene depresión grave y ha atentado contra su vida en dos ocasiones por lo cual es llevado al hospital psiquiátrico para su ingreso ya que actualmente cursa con los signos y síntomas de la depresión mayor por tal motivo es hospitalizado por el alto riesgo suicida requiriendo hospitalizarlo y tenerlo con estrecha vigilancia y tratamiento

Usuario que se encuentra en cuidados especiales con ropa de hospital con regular aliño personal, se observa tranquilo, callado, manejable, aceptando tratamiento, y manejando signos vitales dentro de los parámetros normales.

T/A 110/70
FC 76X`
FR 18`
TEMP 36C

TRATAMIENTO A SU INGRESO

HALDOL 5mlg I.M D.U.
SINOGAN 25mlg I.M D.U.

TRATAMIENTO DURANTE SU ESTANCIA

Rivotril 0.5mlg 5 gotas por la noche
Haldol 5 mlg Vo cada 8 hrs
Tegretol 200mlg Vo cada 8 hrs
Lexapro 2mlg Vo cada 24 hrs

A SU EGRESO POR MEJORIA

Rivotril 0.5 mlg gotas 5 gotas por la noche
Tegretol 200mlg Vo cda 8 hrs
Lexapro 2mlg Vo cda 24 hrs

CITA EN UN MES

PLAN DE CUIDADOS

REQUISITO: Auto cuidado universal. Mantener el equilibrio entre la actividad y el reposo.

DIAGNOSTICO	BJETIVO	SISTEMA DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
Ansiedad relacionada con el estado mental manifestado por la de ambulación constante e insomnio.	Que el usuario disminuya su ansiedad y logre conciliar el sueño.	P/C	<p>Se proporcionaron técnicas de relajación como musicoterapia por 10 minutos así como técnicas de respiración y baño de agua tibia.</p> <p>Se integra a las actividades programadas durante el día como son terapia ocupacional, terapia deportiva,</p>	<p>La técnica de relajación y la musicoterapia es una forma de disminuir la ansiedad así como de relajar la tensión muscular en conjunto con la respiración ayuda a que el usuario disminuya el estado de ansiedad y el baño de agua tibia ayuda a que se sienta relajado, tranquilo, y pueda conciliar el sueño.</p> <p>Las actividades programadas al usuario son terapias que le ayuda a disminuir la ansiedad y para que se integre y socialice y se</p>	Se logra el objetivo ya que el usuario disminuyo el estado de ansiedad gracias a las intervenciones de enfermería en conjunto con las técnicas relajación.

			<p>para así evitar siestas durante día.</p> <p>Se proporciona los psicofármacos prescritos por su médico tratante así mismo se vigila que ingiera los medicamentos.</p> <p>Se observo en dormitorio con estrecha vigilancia.</p>	<p>establezca un vínculo entre los demás usuarios.</p> <p>El rivotril (clonacepan) es un fármaco ansiolítico el cual en conjunto con el medicamento indicado logra conciliar el sueño y disminuir el estado de ansiedad, así mismo el vigilar que ingiera los medicamentos es para evitar que interrumpa su tratamiento y pueda haber alteraciones en su estado mental del usuario.</p> <p>Se observa con estrecha vigilancia para evitar que el usuario pueda algún acto contra su integridad.</p>	
--	--	--	--	---	--

PLAN DE CUIDADOS

REQUISITO: Las necesidades para satisfacer los requisitos del auto cuidado universal.

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	SISTEMA DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES	FUNDAMNETACION	EVALUACION
Déficit del auto cuidado relacionado con el estado mental (depresión) manifestado por aliño y aseo personal deficiente.	Que el usuario realice su auto cuidado en forma constante e independiente durante su estancia en el hospital.	A/P Apoyo Educativo	Se motivo al usuario para que realice se aseo y aliño personal diariamente explicándole las ventajas que tiene para lleve a cabo estas funciones. Se proporciono el materia necesario para que realice su auto cuidado como lo son (shampo, jabón, toalla, ropa limpia, cepillo dental etc.). Se vigilo que realizara su auto cuidado de forma constante e	La motivación para que realice el aliño personal es inapelable para su aspecto físico teniendo encuentra que el usuario perdió esta motivación se apoya para que continúe realizando. El material de auto cuidado es necesario para que el usuario lleve a cabo su aseo personal así y continúe realizándolo. El auto cuidado de forma periódica y con ayuda y constancia del personal de	Se logra el objetivo ya que el usuario perdió el interés y dejo de realizar su auto cuidado personal por tal motivo se logro que realizara su auto cuidado personal constantemente.

			independiente.	enfermería ayudara a que el usuario sea constante y lo realice adecuadamente.	
--	--	--	----------------	---	--

PLAN DE CUIDADOS

REQUISITOS: Requisitos para el bienestar humano.

DIAGNOSTICOS	OBJETIVO	SISTEMA DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES	FUNDAMENTACION	EVALUACION
<p>Temor relacionado con un nuevo intento suicida.</p>	<p>Evitar que el usuario, presente nuevas tendencias de suicidio así como proporcionar que se sienta física y psicológicamente libre a través de expresar libremente sus temores e ir eliminando los estímulos amenazantes.</p>	<p>T/C Totalmente Compensatorio</p>	<p>Se proporciona los fármacos prescritos bajo vigilancia.</p> <p>Se vigilo signos vitales y estados de ansiedad así mismo se dio apoyo emocional para que expresara su temor e inquietud y así tuviera confianza y disminuyera su angustia.</p> <p>Se realizaron técnicas de relajación y respiración.</p>	<p>Lexapro (oxalato de escitalopram) es un fármaco antidepresivo el cual ayuda al mantenimiento y evita la recaída del usuario.</p> <p>El monitoreo de los signos vitales es necesario para mantener estable al usuario ya que algunos fármacos pueden bajar la tensión arterial así mismo el apoyo emocional es importante ya que es un factor importante y primordial para que el usuario tenga confianza y exprese sus inquietudes.</p> <p>Las técnicas de relajación ayuda a que el usuario se tranquilice emocionalmente en conjunto con las técnicas de respiración esto ayuda a que sea de</p>	<p>Se logro el objetivo ya que el usuario no presento tendencias suicidas así como disminuyo los estímulos amenazantes.</p>

				calidad y tenga un buen resultado así le sea favorable.	
--	--	--	--	---	--

PLAN DE CUIDADOS

REQUISITOS: Requisitos para el bienestar del cliente deprimido.

DIAGNOSTICO	OBJETIVO	SISTEMA DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES		
<p>Trastorno de la autoestima relacionado con sentimiento de abatimiento.</p>	<p>Que el usuario identifique los atributos positivos en su persona y utilice un auto dialogo positivo.</p>	<p>T/C A/E</p>	<p>Se programaron formas en cuidados personales para que así asegure su intimidad y transmita su importancia como individuo.</p> <p>Se le señalo al usuario que los comentarios de intravaloración bloquean la comunicación entre el personal o con su familia.</p> <p>El usuario se motivo a que atreves del dialogo para que sus ideas suicidas disminuyeran.</p> <p>Se ayudo al usuario a reconocer las oportunidades para sentirse satisfecho por los logros propios.</p> <p>Se incluyo al usuario en actividades de grupo para que se</p>	<p>La valía del usuario se confirma cuando la enfermera le dedica tiempo y dedicación.</p> <p>Los abordajes cognitivos de la realidad desafían las ideas negativas sobre uno mismo.</p> <p>Centrarse en el presente promueve un afrontamiento eficaz.</p> <p>La auto valía se potencializa mediante el reconocimiento de los propios logros y capacidades.</p> <p>La participación propia, refuerza</p>	<p>Se logro el objetivo ya que el usuario identifico sus atributos que tiene y que valorara lo que tiene en su vida.</p>

			integrara y así socialice con los demás usuarios.	los logros del usuario y así la socialización.	
--	--	--	---	--	--

VI. CONCLUSIONES

El proceso de atención enfermería es un sistema para la práctica en enfermería por lo cual el aplicarlo en un usuario con alguna patología psiquiátrica es de gran importancia y una gran experiencia para mí ya que exige que posea una amplia base de conocimientos de varias disciplinas y que permitan valorar el estado fisiológico y psicológico del usuario.

Por lo cual he llegado a la conclusión de que se puede aplicar el proceso de atención enfermería al usuario sin tener un diagnóstico específico.

La enfermera cuando hace participe en todo procedimiento que se le realiza al usuario, así como de mantener una estrecha relación usuario-enfermera interpersonal entre ambos el ambiente se torna agradable y sobre todo de confianza por la cual se puede dar una atención de calidad .

Mediante la estancia del usuario observe una gran recuperación satisfactoriamente ya que el usuario cambio su mentalidad de acuerdo a la vía encaminada a una aceptación de sus problemas.

Cabe señalar que durante mi estudio del tema y de el usuario tengo mi propia hipótesis ya que al analizar detenidamente probablemente se encuadro una patología ya que por su vinculo con el narcotráfico es evidente que estaba a salvo dentro del hospital por tal motivo creo que tuvo un cuadro depresivo pero finalmente era causado por la desesperación de ser víctima de el narcotráfico ya que su vida estaba en juego.

Finalmente concluyo que la orientación psicológica que se les brinda tanto al usuario como a los familiares les ayuda demasiado ya que ven la vida de una forma que les da fuerza para tener seguridad y ser capaz de aceptar los problemas que se les presenten y de afrontarlas como debería.

Por lo tanto el personal de enfermería debemos estar preparados para afrontar este problema de salud para así saber llevar acabo nuestros procedimientos y tener buenos resultados como lo es este.

SUJERENCIAS

Para mí esto fue una experiencia muy especial desde el inicio de mi servicio social ya que el trabajar con los usuarios del hospital psiquiátrico de la ciudad de Morelia Michoacán fue algo inolvidable ya que el trato al usuario psiquiátrico es algo especial para lo cual mi sugerencia en cuanto al trato enfermera paciente es que se le brindo mas técnicas de relación como lo son las manualidades y la terapia ocupacional que anteriormente era conformada por el personal de enfermería hoy en día lo retomo el personal de psicología y se hizo a un lado a el personal de enfermería mi sugerencia es que lo retomara nuevamente el personal de enfermería en cuanto al trato de el personal de seguridad asía a el usuario se debería de observar más detenidamente quien trabaja ya que durante mi servicio social observe algunas anomalías de el personal de seguridad en lo que ami respecta fue un momento inolvidable y en donde aprendí mucho agradezco a todo el personal que me apoyo durante mi servicio social.

VI. BIBLIOGRAFIA

Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental.
Francisco Mejía.
Ma Dolores Serrano Parra.

Johnson Med Vol. II
Enfermería Psiquiátrica y de salud mental.

MOORE P. David JEFFERSON W. James `manual de psiquiatría medica` 2
Edición. Editorial Mc Graw Hill p.p. 147-154

GELDERY M. GATH D. MAYOU R. ``Psiquiatría 2o Edición Editorial Interamericana Mc Graw Hill.

BROBIE Kollo ``psiquiatría clínica`` 1º edición. Editorial Mc Graw Hill. Mex. D.F.P.P.390

Sánchez Rentarúa Marco A `` La depresión y algunos enfoques para superarla `` INTERNET.

MANUAL MERK Información medica para el hogar MERK SHARP Y DOHME .422-430.

GRAN DICCIONARIO VISUAL EDUCATIVO ENCAS 1999 México.

DENCICLOPEDIA ESPASA OPTIMA Edita Espasa Calpe, S, A.

ROLAND. Diccionario Medico 25 Edición Editorial Mc Graw Hill Interamericana

CARPENITO Lynda Juall ``Diagnostico de Enfermería`` 5ª edición Editorial Mc Graw Hill Interamericana.

DIAGNOSTICO Y TRATAMINETO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD- MANUAL PARA EL MEDICO

EDITORES Thomas J. McGlynn, MD
Harry L. Metcalf, MD.

GUTIERREZ Garza Fidel de la depresión angustia y bipolaridad
Editorial trillas 20004 México

Instituto nacional de psiquiatría ramón de la fuente
Información clínica vol. 18 abril 2007

MODELOS Y TEORIAS EN ENFERMERIA 5ª ed. Mosby

Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental
Francisco mejía- lizancos
Ma Dolores serrano parra

JOHNSON YED Vol. II Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental.

Como vivir bien con trastornos de ansiedad.
Mosby primera edición.

Programa nacional de salud 2007-2012
Secretaria de salud

Diagnostico y tratamiento de los TRASTORNOS DE ANSIEDAD
Editores Thomas J. McGlynn, MD
Harry L. Metcalf, MD.

www. study medicinas.com

www.depresion.com

www.historiadepresion.com

www.historiadelamelancoliydepresion.com

<http://es.wiki/> CIE-10

es.wikipedia.org/wiki/DSM-IV

www.biosicologia.net/fichas/

VII. GLOSARIO

ANTIDEPRESI VOS: fármaco utilizado para el tratamiento de la depresión.

ALCOHOL: cualquier clase de compuesto orgánico que esta y que esta compuesto por o que contenga el grupo funcional hidróxido.

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

AUTOCUIDADO: Cuidado propio, individual o colectivo.

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

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

NEUROTRASMISORES: Los neurotransmisores son sustancias endógenas que median la comunicación entre las neuronas o entre las neuronas y otros receptores (por ejemplo la célula muscular

TRASTORNO MENTAL: término "trastorno mental" implica, desafortunadamente, una distinción entre trastornos "mentales" y "físicos" (un anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo).

AFECCIONES: Afección (del latín «afficere»: causar). Término de *Kant* que designa la propiedad (del objeto) de influir sobre los órganos de los sentidos. En el concepto de «afección» se expresó el elemento materialista del kantismo: Kant reconocía que las claras representaciones sensoriales se obtienen como resultado de la acción que las «cosas en sí» ejercen sobre los órganos de los sentidos

DROGAS: Dice la OMS: "Droga" es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración, de algún modo, del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.

COCAINA: alcaloide de la coca útil como anestésico local .pero muy nocivo como estupefaciente

PATOLOGIA: La patología es el estudio de las enfermedades en su amplio sentido, es decir, como procesos o estados anormales de causas conocidas o desconocidas. La palabra deriva de pathos, vocablo de muchas acepciones, entre las que están: «todo lo que se siente o experimenta, estado del alma, tristeza, pasión, padecimiento, enfermedad». En la medicina pathos tiene la acepción de «estado anormal duradero como producto de una enfermedad», significado que se acerca al de «padecimiento».

VALIA: Valor, aprecio de algo ,calidad de una que vale.

PAE: Proceso de Atención Enfermería

NANDA: NANDA (siglas de la antigua *North American Nursing Diagnosis Association*) es hoy una sociedad científica de enfermería, de carácter internacional, cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería

FISIOLOGIA: ciencia que estudia los fenómenos propios de los seres vivos y establece sus leyes.

PSICOLOGIA: Tratado de todo lo relativo con el alma y la vida mental.

PSIQUIATRIA: Ciencia del diagnóstico y de la terapéutica de las enfermedades mentales.

PATOLOGIA: Ciencia que estudia las enfermedades.

NEUROPSIQUIATRIA: disciplina que estudia las funciones superiores o cognitivas y sus alteraciones.

TRISICLICLOS: Los **antidepresivos tricíclicos** son un grupo de medicamentos antidepresivos que reciben su nombre de su estructura química, que incluye una cadena de tres anillos. Los tricíclicos son uno de los más importantes grupos de fármacos usados en el tratamiento médico de los trastornos del estado de ánimo (como los trastornos bipolares), junto con los IMAO (inhibidores de la MAO o monoaminoxidasa), el litio, y los inhibidores selectivos de la recaptación de las monoaminas.

TENSION ARTERIAL: Fuerza que ejerce la sangre en las venas y arterias

ANTIDEPRESIVO: Nombre que recibe diversos grupo de fármacos químicamente heterogéneos, que tiene en común la propiedad de reducir los síntomas de depresión.

CEDACION: La sedación se suele emplear en fases previas a inducir la anestesia, para realizar técnicas diagnósticas o terapéuticas o en enfermos graves. Los fármacos se administraran según el sexo, la edad, el peso y el estado físico y mental del paciente. Se suele administrar por vía intravenosa.

ANSIEDAD: sentimiento de inquietud y estado de alerta es una forma atenuada de estado de alerta.

TECNICAS DE RELAJACION: Las técnicas de relajación están especialmente indicadas en los trastornos de tipo psicossomático y en todas aquellas alteraciones en que la ansiedad o angustia es la que provoca los desórdenes funcionales

PSICOFARMACOLOGIA: Bases moleculares, conceptos y niveles plasmáticos de la psicofarmacología. Trastornos depresivos, de ansiedad y de alimentación. Drogodependencia. Otros trastornos psiquiátricos. Psicofármacos útiles en psiquiatría. Terapia electro convulsiva.

CIE -10: CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y el DSM-IV-TR de la Asociación Psiquiátrica Americana). Sobre todo en aquellos casos en los que la etiología biológica no está claramente demostrada, como sucede en la mayoría de los trastornos mentales.

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.

ELECTROENCEFALOGRAMA: Examen para detectar problemas en la actividad eléctrica del cerebro.

TAC: técnica de diagnóstico utilizada en medicina en la obtención de imagen de cortes o sección de un objeto.

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

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

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

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

MIORELAJANTE: Psicofármaco que se utiliza en casos en los que existen tensiones musculares crónicas y dolorosas.

ANESTESIA: Ausencia de la sensibilidad al dolor en un determinado territorio.

** ANEXOS **



(DOROTHEA E. OREM)
LA TEORIA ENFERMERA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO.

GUIA PARA LA VALORACION DE CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM.

1° FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BASICO

NOMBRE _____ N° DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA _____

EDAD _____ SEXO _____ LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA _____

ESCOLARIDAD _____

OCUPACION _____ INGRESOS ECONOMICOS MENSUALES _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____

DOMICILIO DE RESIDENCIA _____

DIAGNOSTICO MEDICO ACTUAL _____

TRATAMIENTO:

SIGNOS VITALES

TENSION ARTERIAL _____

FRECUENCIA CARDIACA _____

FRECUENCIA RESPIRATORIA _____

TEMPERATURA _____

PATRON DE VIDA

HORA	ACTIVIDADES	LUGAR

2° REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE AIRE

¿UTILIZA ALGUN DISPOSITIVO PARA FAVORECER LA OXIGENACION?

- A: Puntas nasales
- B: Mascarilla
- C: Nebulizador continuo
- D: Apoyo mecánico ventilatorio parámetros

TIPO DE RESPIRACION

- A: Bradipnea
- B: Eupnea
- C: Taquipnea
- D: Disnea
- E: Periodos de apnea

FUMA O FUMO

SI NO

TIEMPO _____

ESTADO DE CONCIENCIA

- A: Consciente
- B: Somnoliento
- C: Estuporoso
- E: En coma

¿HAY PRESENCIA DE CIANOSIS? ¿EN DONDE?

- A: Peribucal
- B: Unguial en miembros superiores
- C: Unguial en miembros inferiores
- D: Todas las anteriores

MANTENIMIENTO DE UN APOORTE DE AGUA

INGESTA DE LIQUIDOS EN 24
HORAS _____

SOLUCION INTRAVENOSA EN 24
HORAS _____

¿HAY PRESENCIA DE EDEMA? ¿EN DONDE?

- A: Orbita
- B: Facial
- C: En miembros torácicos y pélvicos
- D: Generalizado

GRADO +() ++() +++()

EL ESTADO DE LA PIEL

- A: Hidratada
- B: Deshidratada

ESTADO DE LA MUCOSA

- A: Hidratada
- B: Deshidratada

ULTIMO BALANCE
HIDRICO _____

MANTENIMIENTO DE UN APORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS

TIPO DE DIETA _____

VIA DE MINISTRACION

A: Oral

B: Con sonda nasaogastica

C: Gastrostomica

D: Parenteral

PESO _____ TALLA _____

PERIMETRO ABDOMINAL _____

INDICE DE MASA CORPORAL _____

INGESTA DE ALIMENTOS EN 24 HORAS

**MANTENIMIENTO PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS
PROCESOS DE ELIMINACION Y EXCRESION**

DIURESIS EN 24 HORAS _____

CARACTERIZTICAS DE LA URESIS

- A: Transparente**
- B: Ámbar**
- C: Café**
- D: Rojiza**
- E: Turbia**

**RESULTADOS DE EXAMENES DE LABORATORIO
(orina)**

CREATININA: _____
BACTERIAS: _____
UREA: _____
LEUCOCITOS _____
ERITROCITOS _____
DENSIDAD: _____
PH: _____

¿SE UTILIZARON FARMACOS PARA FAVORECER LA DIURESIS?

A: SI ¿Cuál? _____
B: NO

¿TIENE SONDA FOLEY?

A: SI FECHA DE INSTALACION _____
B: NO

EVACUACION EN 24 HORAS

A: SI
B: NO

LA VIA PARA LA EVACUACION FUE:

- A: Normal**
- B: Colostomía**
- C: Ileostomía**

CARACTERIZTICAS DE LA EVALUACION

- A: Formada**
- B: Pastora**
- C: Semilíquida**
- D: Liquida**

COLOR DE LA EVALUACION

- A: Café**
- B: Amarilla**
- C: Melena**
- D: Acolia**

REALIZO APLICACION DE ENEMA PARA FAVORECER LA EVACUACION

- A: SI ¿Cuál? _____**
- B: NO**

¿SE UTILIZARON FARMACOS PARA FAVORECER LA EVACUACION?

- A: SI ¿Cuál? _____**
- B: NO**

PERDIDAS POR OTRAS VIAS:

- A: Penrosse**
- B: Drenovac**
- C: Sonda en T**
- OTRO: _____**

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO

SU PACIENTE SE ENCUENTRA EN :

- A: Reposo absoluto
- B: Reposo relativo
- C: Deambulacion asistida
- D: Postrado

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

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

A: SI ¿Por qué? _____

B: NO

¿UTILIZA ALGUN FARMACO PARA INDUCIR EL SUEÑO?

¿CUAL? _____

¿POR LO REGULAR CUANTAS HORAS ACOSTUMBRA DORMIR? _____

ACTIVIDADES RECREATIVAS QUE REALIZA EL PACIENTE EN EL HOSPITAL

MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA SOLEDAD Y LA INTERACCION HUMANA

¿EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN COMPAÑÍA DE SU FAMILIAR?

A: SI ¿Qué parentesco? _____

B: NO ¿Por qué? _____

¿EN LA HORA DE VISITA, QUIENES LO VISITARON? _____

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

A: SI

B: NO ¿Por qué? _____

LA ACTITUD DEL PACIENTE ANTE EL AMBIENTE HOSPITALARIO ES:

- A: Introverso**
- B: Extroverso**
- C: Apático**
- D: Colaborador**

PREVENCIÓN DE PELIGROS PARA LA VIDA DEL FUNCIONAMIENTO Y EL BIENESTAR HUMANO

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

- A: Diario**
- B: Cada 3 días**
- C: Una vez por semana**
- D: Rehusa**

TIPO DE BAÑO QUE SE LE PROPORCIONA

- A: Regadera**
- B: Esponja**

DURANTE EL DÍA 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 días**

LA UNIDAD DEL PACIENTE CON QUE DISPOSITIVO DE SEGURIDAD CUENTA:

- A: Cama con barandales**
- B: Timbre hacia el control de enfermería**
- C: Sujeción 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 SE DEBE DE LLEVAR DE ACUERDO A SU PADECIMIENTO ACTUAL:

A: SI

B: NO ¿Por qué? _____

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

A: SI

B: NO ¿Por qué? _____

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

A: SI

B: NO ¿Por qué? _____

EL FAMILIAR ACEPTA A SU PACIENTE CON SUS NUEVAS LIMITACIONES

A: SI

B: NO ¿Por qué? _____

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

PROVISION DE CUIDADOS ASOCIADOS A LOS DEFECTOS DE LAS CONDICIONES QUE PUEDEN AFE CTAR ADVERSAMENTE EL DESARROLLO HUMANO.

¿HASTA QUE AÑO ESTUDIO? _____

¿Por qué? _____

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

A: SI

B: NO ¿Por qué? _____

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

A: SI

B: NO

¿Cuál? _____

¿A PERDIDO RECIENTEMENTE ALGUN FAMILIAR Y/O AMIGO?

A: SI ¿HACE CUANTO? _____

B: NO

¿Cómo se siente después de la pérdida? _____

¿SU TRABAJO ES PERMANENTE?

A: SI

B: NO

¿LE PROPORCIONA ESTABILIDAD ECONOMICA Y SOCIAL? _____

¿LA CASA EN DONDE HABITA ES PROPIA?

A: SI

B: NO ¿Por qué? _____

¿HA CAMBIADO DE RESIDENCIA EN LOS ULTIMOS MESES?

A: SI

B: NO ¿Por qué? _____

¿COMO SE SIENTE AHORA QUE ESTA ENFERMO? _____

¿HAY ALGUNA SITUACION EN ESPECIAL PO LA QUE SE SIENTA PREOCUPADO (A)?

A: SI

B: NO ¿Por qué? _____

SU ENFERMEDAD ES:

A: Aguda

B: Crónica

C: Terminal

¿Cómo siente al respecto? _____

¿AHORA QUE SABE QUE SU VIDA SE TERMINARA PRONTO, COMO SE SIENTE? _____

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACION A LA SALUD

¿CADA CUANDO TE REALIZAS TU EXAMEN MEDICO?

A: Cada 6 meses

B: Cada año

C: Nunca

CUANDO ESTAS ENFERMO ACUDES A:

A: Alguna institución de salud

B: Con tus familiares

C: Con algún amigo

D: Con algún curando, partera, hechicero,etc.

¿Por qué? _____

CUANDO TIENES QUE LLEVAR ACABO ALGUN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

A: Lo siguiente al pie de la letra hasta concluirlo

B: Generalmente esperas a sentirte bien para suspenderlo

C: Nunca lo sigo generalmente me repongo con recetas caseras

SOLO ACUDO A LAS INSTITUCIONES DE SALUD CUANDO:

A: Es necesario

B: Estoy severamente enfermo

C: Para incapacidades

D: Para conseguir medicamento

CUANTAS VECES HAZ ESTADO HOSPITALIZADO EN EL ULTIMO AÑO

A: Una

B: Dos

C: Tres

D: Mas de tres ¿Por qué? _____

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

A: SI

B:NO

¿Cuáles? _____

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

¿Cuáles? _____

B: NO

¿YA TE HABITUASTE A TU ENFERMEDAD?

A: SI

B: NO

¿Porqué? _____

ACTUALMENTE ACEPTAS TU ENFERMEDAD

A: SI

B: NO

¿Por qué? _____
