

2010

U. M. S. N. H.

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**PROCESO DE ENFERMERÍA APLICADO A
UN USUARIO CON DEPRESIÓN MAYOR
REFERENTE CON EL TEORICO DE
DOROTHEA E. OREM.**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTA:

REYNA MARTÍNEZ NOGALES

ASESORAS:

**ME. MA. LILIA ALICIA ALCÁNTAR ZAVALA
MCE. MA. MARTHA MARÍN LAREDO**

MORELIA, MICHOACÁN; A NOVIEMBRE DEL 2010



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**PROCESO ENFERMERÍA APLICADO A UN
USUARIO CON DEPRESIÓN MAYOR
REFERENTE CON EL TEÓRICO DE
DOROTHEA E. OREM.**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTA.

REYNA MARTÍNEZ NOGALES

ASESORAS.

ME. MA. LILIA ALICIA ALCÁNTAR ZAVALA

MCE. MA. MARTHA MARÍN LAREDO



DEDICATORIA

Primero que nada quiero agradecerle a Dios, a todos los santos y a toda la orden celestial los cuales me han acompañado a lo largo de mi vida, por permitirme llegar hasta este momento tan importante y lograr otra meta mas de mi carrera profesional y también porque en los momentos más difíciles siempre sentía su presencia que me mandada su fuerza, serenidad por darme salud y creatividad.

GRACIAS A MIS PADRES:

Este trabajo que presentare se los dedico a mi mamá Reyna Nogales y a mi papá Emilio Martínez por su cariño, comprensión, y apoyo sin condiciones ni medida Gracias por guiarme sobre el camino de la educación; además estoy agradecido con ellos por confiar en mi que no los iba a fallar a pesar de los obstáculos que presente durante la carrera pude terminarla.

También agradezco a mi hermana Dany Martínez por el apoyo que me brindo por su comprensión, comentarios, sugerencias y opiniones a pesar las diferencias siempre nos hemos apoyado mutuamente.

De igual forma agradezco a una gran amiga y hermana a Diocelina que siempre me brindo su apoyo y estuvo conmigo en los momentos más difíciles mi vida de la misma manera estaré agradecido con mis compañeros: Narely, Juan Ignacio, Brenda, Verónica por permitirme ser parte del grupo de trabajo, por sus consejos, opiniones pero sobre todo por su valiosa amistad.

También agradezco a la familia Chavolla Rodríguez porque desde que llegue a esta ciudad me abrieron las puertas de su casa gracias por su apoyo, consejos y cariño.

Ahora también quiero agradecerle a una persona tan especial en mi vida, compañero, amigo que siempre estuvo conmigo en las buenas y malas para brindarme su apoyo sin condiciones gracias a mi novio Pedro y su hermano Juan Carlos por su comprensión, consejos, paciencia y me daba ánimos para que le pusiera más empeño a este trabajo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Universidad Michoacana De San Nicolás De Hidalgo y a la Facultad de Licenciatura de Enfermería por haberme abierto las puertas y brindado los conocimientos de la profesión.

A la ME. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala, por haber aceptado ser mi asesora, por su apoyo, comprensión y porque gracias a ella pude terminar este proceso de Enfermería.

Al LE. Julio Cesar González Cabrera por su amistad y por sus conocimientos que me brindo en las aulas y también por la asesoría que me brindo del Proceso de Enfermería.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	6
II. JUSTIFICACIÓN	9
III. OBJETIVOS.....	11
IV. MARCO TEÓRICO.....	12
4.1. PROCESO DE ENFERMERÍA	12
4.1.1. ETAPA DE VALORACIÓN	17
4.1.2. ETAPA DE DIAGNÓSTICO	25
4.1.3. PLANIFICACIÓN	31
4.1.4. ETAPA DE EJECUCIÓN.....	35
4.1.5. ETAPA DE EVALUACIÓN	37
4.2. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM	40
4.3. DEPRESIÓN	48
V. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.....	64
VI. CONCLUSIONES	78
VII.SUGERENCIAS PARA EL PACIENTE CON DEPRESIÓN MAYOR.....	79
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80
IX. ANEXOS.....	82

I. INTRODUCCIÓN

El Proceso de Enfermería “Es un método sistemático y organizado para proporcionar los cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o de riesgo” (Rosales, 2001). Este método es considerado una valiosa herramienta en el desempeño del profesional de enfermería, que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. La enfermería como profesión prestadora de servicios de salud es sensible a las demandas de calidad por parte del usuario, aunque debe involucrarse en la parte de calidad en relación con la restricción de costos convirtiendo el proceso de enfermería en un instrumento para que la enfermera evalúe constantemente la calidad del cuidado, fomentar la innovación y creatividad a la hora de solucionar los problemas de atención de enfermería (Rosales, 2001).

Este trabajo que se presenta del proceso enfermero trata de un paciente con depresión, su importancia radica en conocer el manejo de esta enfermedad mental llamada DEPRESIÓN MAYOR, es una enfermedad grave en la que se manifiestan sentimientos de tristeza que continúan durante un largo período de tiempo e incluso puede llevar a la muerte si no es tratada oportunamente.

Dentro del marco teórico se abordarán los antecedentes históricos del proceso enfermero, definición, objetivos, ventajas con el equipo de enfermería, ventajas con el paciente y con la profesión, características y las cinco etapas del proceso de enfermería, aspectos históricos de la depresión mayor, definición, causas, síntomas, epidemiología, prevalencia, diagnóstico y tratamiento, valorar las necesidades de salud del paciente, enjuiciar los problemas, desarrollar un plan de cuidados para brindar una atención con calidad y calidez para una exitosa recuperación con el fin de mantener su vida, su salud, su bienestar y responder de manera eficiente a sus necesidades en materia de salud; con respecto al proceso de enfermería, este está enfocado a la teoría del autocuidado, para Orem

el objetivo de la enfermería es: ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por si mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

.” Además afirma que la enfermera pueda utilizar cinco métodos de ayuda actuar compensando, déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

La teoría expuesta por Dorothea E. Orem es déficit de autocuidado y se sustenta en tres conceptos:

1. Teoría del autocuidado: en la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. Además define tres requisitos de autocuidado:

- a. Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- b. Requisitos de autocuidado del desarrollo es promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- c. Requisitos de auto-cuidado de desviación de la salud pueden surgir o estar vinculados a los estados de salud.

2. Teoría del déficit de auto-cuidado: en ella describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el auto-cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

3. Teoría de sistemas de enfermería: consiste en explicar los modos en que las (os) enfermeras (os) pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- a. Sistemas de enfermería totalmente compensadores la enfermera suplente al individuo.

- b. Sistemas de enfermería parcialmente compensadores el personal de enfermería proporciona auto-cuidados.
- c. Sistema de enfermería de apoyo-educación la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de auto-cuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto la depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que en 2020 será la segunda causa de muerte en México. (Rosales, 2001)

II. JUSTIFICACIÓN

La finalidad del proceso de enfermería es conocer las necesidades prioritarias y realizar un plan de cuidados para su pronta recuperación del usuario, según el modelo de Enfermería de Dorothea Elizabeth Orem de un paciente con depresión mayor para favorecer el desarrollo armónico de sus competencias, habilidades, valores, actitudes, para que sea autosuficiente y pueda valerse por sí mismo. (Patterson 2002).

Una de cada cinco personas padece este trastorno, según un experto, lo que implicaría que 20 millones 660 mil mexicanos tienen depresión, de un total mundial de 121 millones de personas. En México, una de cada cinco personas padece depresión, y sólo una de cada 10 recibe atención médica. Según el censo de 2005 realizado por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en México viven 103.3 millones de personas en México, por lo que la afirmación implicaría que cerca de 20 millones 660 mil mexicanos padecen depresión, sin contar la variación poblacional hasta la fecha (según la OMS, 2008).

Esto implicaría que México alberga el 17% del total de personas con depresión en el mundo, ya que este padecimiento afecta a 121 millones de personas en toda la Tierra, según un informe de la Organización Mundial de Comercio (2008). La Encuesta Nacional Epidemiológica de Psiquiatría en el año de 2008 11.2% de las mujeres han padecido depresión alguna vez en su vida, por lo que los trastornos afectivos prevalecen más en el sexo femenino por factores genéticos y hormonales y en los hombres en poco frecuente (según, OMS 2008).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que la depresión será la segunda enfermedad discapacitante en el mundo para el año 2020 (Máser, 2002). En el año 2006, la Federación Mundial de la Salud Mental llevó a cabo el estudio "Depresión la verdad dolorosa" en varios países, encontrando que en México esta enfermedad ocasionaba aproximadamente 14 días de ausencia laboral al año y la disminución en el desempeño hasta del 40%. De acuerdo con la OMS, en 2006

una de cada cuatro familias tenía un integrante con una enfermedad mental. La Organización estima que dos de cada diez jóvenes padecen alguna enfermedad mental en el mundo.

En 70% de los casos de personas con enfermedad mental, los síntomas se comienzan a experimentar durante la adolescencia según la Federación Mundial de la Salud y Voz Pro Salud Mental insistieron en la necesidad de que se brinden servicios de salud mental en servicios primarios de salud, ya que se pierden años y en promedio se visitan seis doctores, antes de obtener un diagnóstico correcto. Para luchar contra la depresión mayor y poner en marcha estrategias de prevención es importante, según la organización, acabar con los tabúes y abordar el tema abiertamente (Máser, 2002).

"Hace falta que la depresión no sea considerado como un tabú o el resultado de crisis personales o sociales sino como un indicador de salud que ponga de manifiesto los riesgos psicosociales, culturales y medioambientales susceptibles de prevención", añadió la OMS (2008).

Por las razones anteriores se seleccionó el caso de la "depresión mayor" ya que es necesario brindar cuidados a las personas que sufren este padecimiento y el riesgo de suicidio se encuentra presente (Máser, 2002)

III. OBJETIVOS

GENERAL.

Aplicar la Metodología de Enfermería a un usuario con depresión grave, basado en el modelo de Dorothea Elizabeth Orem.

ESPECÍFICOS.

- ✓ Aplicar la guía de valoración de Dorothea Elizabeth Orem, según los requisitos.
- ✓ Establecer y jerarquizar los diagnósticos enfermería encontrados en la etapa de valoración.
- ✓ Estructurar un plan de cuidados de enfermería según los diagnósticos prioritarios encontrados.
- ✓ Llevar a cabo las intervenciones de enfermería planeadas.
- ✓ Evaluar los resultados obtenidos después de la aplicación de las intervenciones planeadas.

IV. MARCO TEÓRICO

4.1. PROCESO DE ENFERMERÍA

El Proceso de Enfermería “Es un método sistemático y organizado para proporcionar los cuidados de enfermería individualizados, centrados en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o de riesgo (Rosales, 2001).

HISTORIA DEL PROCESO DE ENFERMERO.

Este término aparece en los escritos de enfermería a mediados de 1955, cuando Lidya Hall describía a la enfermería como un proceso, sin embargo su descripción tardó varios años en tener aceptación como parte del cuidado integral de enfermería. Posteriormente en 1967, Yura y Walsh crearon un primer texto que describía un proceso con cuatro fases: valoración, planeación, ejecución y evaluación. Blodi en 1974 y Roy en 1975 añadieron la etapa de diagnóstico dando lugar a un proceso de cinco fases. La lucha de las enfermeras por definir el campo de la profesión y con el objetivo de obtener un status profesional enfocó sus investigaciones hacia el desarrollo del diagnóstico de enfermería. De esta forma la American Nursing Association (ANA) apoyó e impulsó el diagnóstico de enfermería puesto que el campo de acción iba aumentando en la promoción de la salud y por ello se destacaba la necesidad de obtener una comunicación más apropiada entre los profesionales de enfermería y así asegurar la atención y un cuidado integral que es la meta de este proceso (Duran, 2005).

Aunque el Proceso de Enfermería está siendo utilizado por las enfermeras desde hace dos décadas, ha sido en los últimos 5 - 10 años que se ha experimentado un enorme desarrollo. Linda Carpenito, señala que la maestría y eficiencia de la actuación de enfermería dependen de la utilización exacta del Proceso de Enfermería, así mismo complementa que una enfermera experta en esta técnica de solución de problemas puede actuar con habilidad y éxito con sus clientes en cualquier escenario donde se desarrolle su práctica (Duran, 2005).

En la actualidad existen diversas publicaciones sobre el Proceso de Enfermería que muestran diferentes enfoques de su aplicación, pero son escasos los que profundizan en cada una de sus etapas (Duran, 2005).

El Proceso de Enfermería (PE) se utiliza poco en nuestro país por ejemplo, las facultades de enfermería del país lo enseñan teóricamente y lo aplican parcialmente en las prácticas a usuarios hospitalizados delimitándolos por grupos o divisiones por ciclo vital humano. Dentro de estas rotaciones los estudiantes elaboran planes de atención con base en el proceso; sin embargo, el poco tiempo dedicado a las prácticas dificulta la ejecución de esas actividades creando en ocasiones sentimientos de frustración al no poder ejecutar su plan (Duran, 2005).

En Estados Unidos el PE se ha incorporado en el marco conceptual de planes de estudio de enfermería, también se ha incluido en la mayoría de las leyes de la práctica de enfermería. Recientemente los exámenes estatales de licenciatura fueron revisados para comprobar las capacidades de los aspirantes a licenciados en enfermería de utilizar los pasos del Proceso de Enfermería (Durán, 2005).

EVOLUCIÓN DE LA METODOLOGÍA DE ENFERMERÍA

Lidya Hall describía a la enfermería como un proceso Enfermería. (1955). En 1957, Abdellaha dio la primera de definición de diagnóstico. En 1965 McCain introduce por primera vez el término valoración. Utilizó las capacidades funcionales del cliente como marco de valoración. Recogió y registro datos objetivos y subjetivos.

En 1965 Virginia Henderson identificó las acciones de Enfermería básicas como funcionales independientes. Afirmó que el proceso de Enfermería utiliza los mismos pasos que el método científico (Rodríguez, 2001).

La ANA en 1973 publicó los criterios de la práctica de Enfermería en los que describe el modelo de cinco pasos: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

1974, Bloch consideró controvertido el término diagnóstico.

1980, la ANA consideró que el término diagnóstico es una función de enfermería.

1982, la ANA se define como NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

1991, la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) revisó los criterios de la práctica de enfermería y mantuvo el modelo de los cinco Pasos.

1994, la JCAHO proceso de enfermería como documento de las fases de cuidados del paciente.

En 1977 es cuando comienza en España el Plan de Estudios de Enfermería. Proceso de Enfermería.

Es un método sistemático y organizado que se utiliza para identificar los problemas de Salud y aplicar los cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades.

Para la Asociación Americana de Enfermería (A.N.A.), el proceso es considerado como un estándar para la práctica de esta profesión; su importancia ha exigido cambios sustanciales en sus etapas, favoreciendo el desarrollo de la enfermería como disciplina científica e incrementando la calidad en la atención al individuo, familia y comunidad (Rodríguez, 2001).

OBJETIVOS DE PROCESO DE ENFERMERÍA

- Establecer una base de datos.
- Identificar las necesidades de los pacientes
- Determina:
- Las prioridades de los cuidados

- Poner en práctica los objetivos
- Evaluar los resultados esperados
- Establecer un plan de cuidados programando las actividades de enfermería
- Determinar la eficacia con respecto a los resultados esperados, (Alfaro, 2003).

VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA PARA EL EQUIPO DE ENFERMERÍA

- Constituye un instrumento para evaluar continuamente la calidad del proceso enfermero.
- Permite realizar las actividades de formas eficaces, eficientes y dirigidas a los objetivos planteados.
- Hace posible a la investigación de enfermería.
- Facilita la comunicación entre profesionales de enfermería.
- Permite trabajar en forma ordenada y con los mismos criterios.
- Racionaliza el tiempo, trabajo y los recursos.
- Aumenta la satisfacción de los profesionales de enfermería ante la consecución de los resultados.
- Coordina los esfuerzos de todo el equipo de Enfermería.
- Previene las acciones legales (Alfaro, 2003).

VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA CON RESPECTO AL PACIENTE

- Permite dar cuidados integrales en forma individual y continua asegurando la calidad de cuidados.
- El plan de cuidados está centrado en las respuestas humanas y no tratar la enfermedad.
- Fomenta el establecimiento de objetivos comunes.
- Estimula la participación del paciente a participar en las decisiones relativas al cuidado de su propia salud.
- Evita la reiteración de información del paciente a cada enfermero(a).
- Logra una continuidad de los cuidados (Alfaro, 2003).

VENTAJAS DEL PROCESO DE ENFERMERÍA PARA LA PROFESIÓN

- Demuestra de forma concreta el ámbito de su práctica del profesional de Enfermería.
- Se ha incorporado a las normas de práctica de algunos países (Alfaro, 2003).

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ENFERMERO

Tiene una finalidad conseguir cuidados de calidad dirigidos al paciente, familia y comunidad.

1. Dinámico y flexible. Responde a un cambio continuo capaz de adaptarse a las necesidades del paciente.
2. Universal. Adopta a todos los campos de enfermería (atención primaria hospital)
3. Sistemático. Parte de un planteamiento programado para alcanzar los objetivos.
4. Individualizado. Permite prestar los cuidados individualizados centrándose en la persona (Rodríguez, 2001).

EL PROCESO DE ENFERMERÍA SE ORGANIZA EN CINCO ETAPAS

PROCESO DE ENFERMERÍA	MÉTODO DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS
Valoración. Recogida de datos sobre el proceso de salud para controlar las evidencias de problemas de salud y factores de riesgo que pueden contribuir en estos. por. ej. (Tabaquismo).	Detectar el problema. Recoger lo datos sobre el mismo.
Diagnóstico. Análisis de datos para identificar claramente tanto los recursos como los problemas reales o potenciales.	Analizar datos. Para determinar exactamente cuál es problema.
Planificación. Determinar los resultados deseados (objetivos específicos) e identificar las	Formular un plan de actuación.

intervenciones para lograr los resultados.	
Ejecución. Puesta en práctica del plan y observación de las respuestas iniciales.	Poner en práctica el plan.
Evaluación. Determinar en qué grado se han logrado los objetivos y decidir si hay que introducir cambios	Evaluar los resultados.

(Fuente Alfaro, 2003).

ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERÍA

4.1.1. ETAPA DE VALORACIÓN

La Valoración es el primer paso del Proceso de Enfermería y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un cliente. Consta de dos componentes: recogida de datos más organización y análisis de la información (Rosales, 2002).



TIPOS DE VALORACIÓN

- Inicial o primaria: es la base del plan de cuidados. Se realiza en la primera consulta que nos contactamos con el paciente para permitir recoger datos generales. Facilita la ejecución de intervenciones.
- Continúa o posterior o focaliza: se realiza de forma progresiva durante toda la atención.
- Recoge de datos a medida que se produce los cambios.
- Contribuye a realizar revisiones y actuaciones del plan

LA FASE DE VALORACIÓN ESTA INFLUIDO POR:

- Valores y creencias: (separar estos valores con respecto al paciente).
- Conocimiento: Enfermería y otras disciplinas.
- Capacidades o habilidades de la profesión: destrezas.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente o paciente, estos requisitos son:

- Las convicciones del profesional: conforman la actitud y las motivaciones del profesional, lo que piensa, siente y cree sobre la enfermería, el hombre, la salud, la enfermedad, etc. Estas convicciones se consideran constantes durante el proceso.
- Los conocimientos profesionales: deben tener una base de conocimientos sólida, que permita hacer una valoración del estado de salud integral del individuo, la familia y la comunidad. Los conocimientos deben abarcar también la resolución de problemas, análisis y toma de decisiones.
- Habilidades: en la valoración se adquieren con la utilización de métodos y procedimientos que hacen posible la toma de datos.
- Comunicarse de forma eficaz. Implica el conocer la teoría de la comunicación y del aprendizaje.

- Observar sistemáticamente. Implica la utilización de formularios o guías que identifican los tipos específicos de datos que necesitan recogerse (Rosales, 2002).

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de Enfermería. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": Se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones Funcionales de Salud": La recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud (Rosales, 2002).

Esta etapa cuenta con una valoración inicial, donde se busca los, datos sobre los problemas de salud detectados en el paciente y los factores Contribuyentes en los problemas de salud.

En las valoraciones posteriores, se debe de tomar en cuenta.

- Confirmar los problemas de salud que hemos detectado.
- Análisis y comparación del progreso o retroceso del paciente.
- Determinación de la continuidad del plan de cuidados establecido.
- Obtención de nuevos datos que nos informen del estado de salud del paciente.

En la recogida de datos se necesita.

- Conocimientos científicos (anatomía, fisiología, etc.) y básicos (capacidad de la enfermera de tomar decisiones).
- Habilidades técnicas e interprofesionales (relación con otras personas). Convicciones (ideas, creencias, etc.).
- Capacidad creadora.
- Sentido común.
- Flexibilidad.

Tipos de datos a recoger:

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades (Rosales, 2002).

TIPOS DE DATOS:

- Datos subjetivos: no se pueden medir y son propios de paciente lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos)
- Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Históricos - antecedentes: son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).
- Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual (Rosales, 2002).

PASOS PARA REALIZAR EN LA ETAPA DE LA VALORACIÓN

1. Recolección de la información: Da inicio desde el primer encuentro con el usuario y continua en cada encuentro subsiguiente hasta que la persona sea dada de alta por lo que es indispensable aprovechar cada momento en que se esté con el usuario y su familia para recolectar datos que nos permitan conocerlos. Para obtener la información se recurre tanto a fuentes directas e indirectas.

- Fuentes directas: Primarias el usuario y su familia (ellos constituyen la principal fuente de información) los amigos y otros profesionales del área de la salud son fuentes directas secundarias porque aportan datos valiosos sobre el usuario y su familia.
- Fuentes indirectas: Son los datos del expediente clínico y la bibliografía relevante (Rosales, 2002).

CRITERIOS DE DETERMINACIÓN RECOLECCIÓN INFORMACIÓN

- La prioridad de la recogida de datos está determinada por la situación o necesidades inmediatas del cliente.
- Los datos pertinentes se reúnen utilizando técnicas de valoración adecuadas.
- En la recopilación de datos intervienen el cliente, seres queridos y prestadores de atención sanitaria cuando se considere oportuno.
- El proceso de recogida de datos es sistemático y continuo.

Los datos importantes se documentan en forma recuperable, (Rosales, 2002).

FINES DE ENTREVISTA

- Proporcionar información específica(necesaria para el diagnóstico de enfermería)
- Facilita relación entre Enfermera Paciente.
- Permite al paciente:
Participación en la identificación de sus problemas y fijación de objetivos.
- Ayuda a identificar áreas de sus problemas y fijación de objetivos.

FASES DE ENTREVISTA

➤ Fase de orientación.

Establecer una buena relación (Presentación, nombre y cargo)

Explicar el motivo de la entrevista: Aclarar al paciente que tiene:

Derecho a no facilitar datos.

Destino de información.

➤ Fase de trabajo (cuerpo de la entrevista)

Recopilar la información actual e historia.

Información bibliográfica

Motivo de la solicitud de atención sanitaria

Enfermedad actual

Historia sanitaria pasada

Historia familiar

Historia medioambiental

Historia psicosocial y cultural

Revisión según el modelo complementado la valoración

Comenzar datos demográficos y bibliográficos

Usar terminología apropiada

Continuar con preguntas sobre el motivo de su ingreso, incorporando en forma metódica otras áreas.

➤ Fase de finalización

Dar una señal

Comentarios del paciente

Hacer resúmenes

Terminar una forma amistosa

Acordar un nuevo encuentro

Factores que influyen en la entrevista

Técnicas para entrevistar

Comunicación

Ambientales: Tiempo y lugar

- Asegurar la privacidad
- Asegurar la comodidad (Rosales, 2002).

EXPLORACIÓN FÍSICA

Exploración física, se centra en determinar la profundidad la respuesta del proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación (Rosales, 2002).

- Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- Palpación: consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad). Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.
- Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos se pueden diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percuten sobre el pulmón normal lleno de aire Y Timpánicos: se encuentra al percutir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.

- Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determina las características sonoras de pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.

OBJETIVOS DE LA DOCUMENTACIÓN DE LA ENTREVISTA

- Favorece la comunicación.
- Facilita la prestación de una asistencia de calidad al paciente.
- Proporciona mecanismos para la evaluación de la asistencia.
- Forma un registro legal permanente.
- Fuente de datos para la investigación.
- Directrices para la documentación (Rosales, 2002).

2. Validación de información: Una vez reunida la información del usuario tiene que ser válida para estar seguros de los datos obtenidos sea correcto.

La validación evita interpretaciones erróneas, omisiones, centrar la atención en la dirección equivocada y cometer errores al identificar los problemas.

Para la validación de datos es necesario: revalorar al usuario, solicitar a otra enfermera (o) que recolecte aquellos datos en los no se esté seguro, comparar datos objetivos y subjetivos, consultar al usuario/ familia y otros integrantes del equipo sanitario.

“La validación de los datos es la suma importancia porque si no se realiza es probable que en la etapa de diagnostico se presenten dificultades para la agrupación e interpretación de la información”.

3. Registro de datos: Consiste en informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la entrevista y el examen clínico (Rosales, 2002).

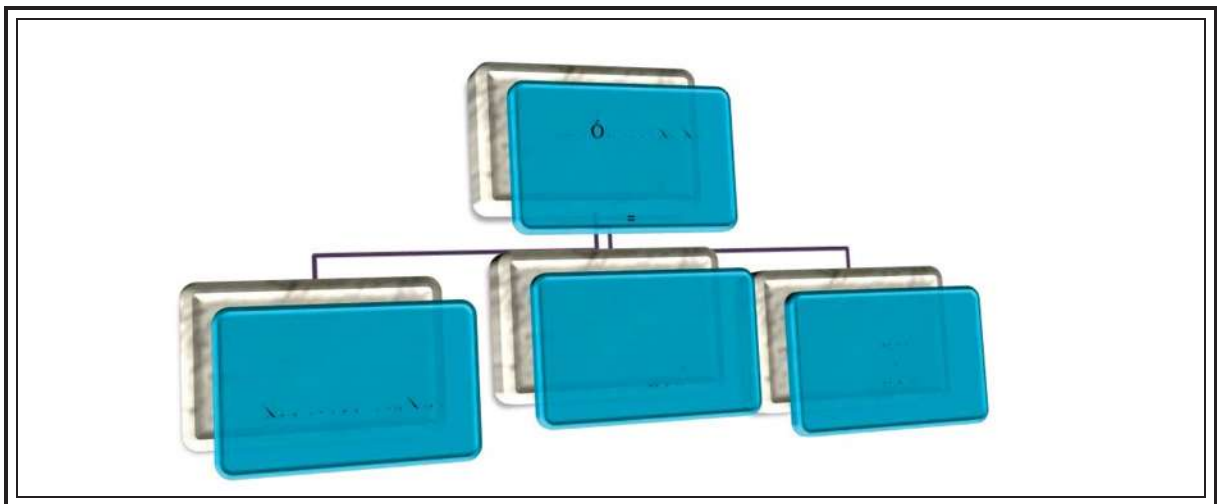
Los objetivos que persigue el registro de la información son “Favorecer la comunicación entre los miembros del equipo de atención sanitaria, facilitar la

presentación de una asistencia de calidad, proporcionar mecanismos para la evaluación de la asistencia, formar un registro legal permanente y ser base de investigación en enfermería” (Rodríguez, 2001).

4.1.2. ETAPA DE DIAGNÓSTICO

Diagnosticar: emitir un juicio y nominar los problemas de salud reales y potenciales o los factores de riesgo basándose en las evidencias de la valoración.

Diagnóstico: es un juicio establecidos en función de las respuestas (humano, familia y comunidad ante procesos reales o potenciales y es la segunda etapa del proceso enfermero, es una oclusión o enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud, los problemas y necesidades del paciente, que pueden modificarse por la intervención del personal de Enfermería para resolverlos o disminuirlos, (Rodríguez, 2001). El enfermero proporciona la base para la selección de actuaciones, de cuyos resultados es responsable el profesional de Enfermería. (NANDA/1990, Carpenito 1993) (Rosales, 2001).



(Rodríguez, 2001).

EVOLUCIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

- En el año 1953 Vera Fry Primera en sugerir la posibilidad de formular un Diagnóstico de Enfermería.
- En 1955 Lesnick y Anderson, Enfermería responsable de elaborar diagnóstico. Enfermero.
- Año 1973 Kistine Gebbie y Mary Ann Lavin, profesora de la escuela de enfermería de San Luis convocaron un grupo de enfermeras y organizaron la Primera Conferencia Nacional para la Clasificación de los Diagnósticos de Enfermería. Formaron la sección especial del Grupo Nacional para la Clasificación de los diagnósticos de Enfermería. A partir de entonces se reunieron cada dos años.
- En 1975 se realiza la 2o. Conferencia de Clasificación de Diagnóstico, se ordenan alfabéticamente y son agregados 37 y 19 sugeridos, se establecen los Diagnósticos, según Patrones funcionales de salud De Gordon.
- En 1975 se desarrolló la Segunda Conferencia Nacional. En 1977 se desarrolla la Tercera Conferencia Nacional. Invitaron a un Grupo de 14 teóricas presidido por Sor Callista Roy para comenzar a trabajar sobre la base conceptual del esquema de clasificación. Pidiéndole que desarrollara una estructura taxonómica útil y manejable.
- En 1980 Especialistas clínicas integran su punto de vista de la práctica con la teoría de un marco conceptual de Enfermería.
- En 1979-1980 se efectuó la Cuarta Conferencia Nacional. En 1982 se desarrolla la Quinta Conferencia Nacional. Se presenta los resultados del trabajo del equipo de las 14 teóricas.
- Los 9 patrones del hombre unitario, aunque surgieron en el año 1978.
- Marjory Gordon en 1982 identifica los Patrones Funcionales de Salud, que son la expresión de la integración bio-psico-social del individuo, la familia y la comunidad. Lo constituyen 11 aspectos
- En 1999 se conforma grupo mexicano para el diagnóstico enfermero con participación de 10 escuelas y facultades de la República Mexicana (Bello, 2004).

FASES DE LA ETAPA DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

- Analizar e interpretar datos: Confirmar y agrupar datos.
- Identificar las necesidades o problemas del paciente.
- Formulación de diagnóstico de Enfermería.
- Validar el diagnóstico (Rodríguez, 2001).

ANALIZAR E INTERPRETAR DATOS DEL DIAGNOSTICO ENFERMERÍA.

(Incluye dos pasos).

- Reconocer patrones o tendencias.
- Examinar los “grupos” de la base de datos.
- Determinar que el patrón o patrones funcionales estén alterados o en riesgo.
- Comparar los patrones sanos o normales.

Una vez identificado el patrón (respiratorio, lesión etc.)

- Comparar los estándares sanos o normales.
- Juzgar si los signos y síntomas agrupados son normales están si están dentro de los límites normales de salud (Rodríguez, 2001).

IDENTIFICAR LAS NECESIDADES O PROBLEMAS DEL PACIENTE.

Incluye:

- Valorar los “criterios” que nos indican las alteraciones de la salud.
 - Determinar cuáles son los datos de salud, reales o potenciales.
 - Realizar una “conclusión razonada” sobre las respuestas del paciente
- Diagnóstico de Enfermería (Rodríguez, 2001).

FORMULACIÓN DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

El enfermero y/o (era) es responsable de atender de “tratar” o atender 2 tipos de juicios clínicos o Diagnósticos de Enfermería.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

- Diagnóstico Real
- Diagnóstico de alto riesgo

- Diagnóstico potencial
- Diagnóstico de Bienestar (no se existe)
- Problemas interdisciplinarios (Rodríguez, 2001).

A. Diagnóstico de Enfermería Real: juicio clínico sobre una respuesta individual, familiar o de la comunidad ante problemas reales o potenciales de la salud o ante procesos de la vida.

Enunciado en tres partes:

- Problema: con categoría o etiqueta de diagnóstica. (Ejemplo, Estreñimiento).
- Relacionado con (R/C) factores causales o contribuyentes, (Causa).
- Manifestado por (M/P) Signos y síntomas (que nos indica que está estreñado) (Rodríguez, 2001).

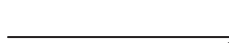
B. Diagnóstico de Enfermería de alto Riesgo: describe que la persona es vulnerable que otra a desarrollar el problema.

Valido que los factores causales o contribuyentes.

- Problema (categoría diagnóstica alto riesgo de lesión, infección, etc.).
- Relacionado (R/C)  Factores contribuyentes de riesgo,
- Etiología (causa) 

C. Diagnóstico de enfermería potencial: describe un problema que la enfermera sospecha que puede estar presente pero requiere una recogida de datos adicional para descartar o confirmar su presencia. (No hay unos factores reales)

Enunciando en dos partes:

- A. Problema: categoría diagnóstica
- B. R/C  el por qué se sospecha que puede ser el diagnóstico
- C. Etiología (causa)
- D. Diagnóstico de enfermería de bienestar: es un juicio clínico sobre una persona, familia o comunidad en transición desde un nivel de bienestar hasta un nivel

máximo de bienestar. Enunciando en una parte: “potencial para favorecer” (ejemplos: si quieres ser padre, en el diagnóstico se usa potencial para favorecer ser padre. Yo estoy bien pero quiero estar mejor, y tengo potencial para favorecer la comunidad modificando el entorno (Rodríguez, 2001).

- E. Diagnósticos de enfermería de síndrome: son los diagnósticos que están compuestos por un grupo de diagnósticos reales o de riesgo cuya presencia es previsible como consecuencia de un acontecimiento o situación determinada. La presencia de un diagnóstico de síndrome no excluye la presencia de otros diagnósticos de enfermería no incluidos en dicho diagnóstico de síndrome. Este tipo de diagnósticos alerta de la presencia de que está ante una situación compleja, que requiere la realización de valoraciones e intervenciones de enfermería expertas.

El enunciado de estos diagnósticos consta de una única parte:

- a. Problema de salud (Etiqueta)
- b. Etiqueta diagnóstica, describe el problema y suele contener en ella los factores etiológicos o contribuyentes, ejemplo: síndrome traumático de la violación (Rodríguez, 2001).
- c. Problema de salud real: es lo que el paciente percibe o experimenta.
- d. Problema de salud potencial: es el que la enfermera o (ero) considera que el paciente tiene más posibilidades de desarrollar, (Alfaro, 2003).
- e. Problemas interdisciplinarios. describe un problema o real que puede aparecer como complicación fisiológica relacionados con:
 - Enfermedades primarias: enfermedad base (enfermedad secundaria: se produce después).
 - Pruebas diagnósticas.
 - Tratamientos médicos o quirúrgicos.

Enunciando en una parte: “complicación”: cuando el problema es real. “complicación potencial”: cuando el problema es potencial y puede ocurrir es como el de alto riesgo).

COMPONENTES DE LA CATEGORÍA DIAGNÓSTICA.

Etiqueta: descripción concisa del problema, real o potencial de salud, de la persona, familia o comunidad.

- 1- Definición. Define el significado de la etiqueta y diferencia cuando es una etiqueta o cuando es otra (etiqueta).
- 2- Características definitorias. Son los criterios que validan la presencia de una etiqueta, cuando el diagnóstico de enfermería puede estar alterado.

PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

Es un juicio clínico sobre la respuesta fisiopatológica del organismo a problemas de salud reales o de riesgo en donde la enfermera (o) es responsable de su predicción, prevención y tratamiento en colaboración en el equipo sanitario.

Los problemas interdependientes se relacionan con la patología, con aplicación del tratamiento prescrito por el médico y con el control tanto de la respuesta de este como de la situación patológica (Rodríguez, 2001).

Estos problemas se clasifican en **(reales y de alto riesgo)**. Cuando el problema se hace evidente a través de sus signos y síntomas, se trata de un problema interdependiente real, si existen factores de riesgo pero no hay manifestaciones clínicas se trata de un problema interdependiente de riesgo.

Los problemas interdependientes se refieren a respuestas fisiopatológicas y que deben redactarse con terminología médica (Rodríguez 2001).

4.1.3. PLANIFICACIÓN

Consiste en elaborar un plan de acción con el fin de prevenir, reducir o solucionar los problemas de salud identificados en el paciente.

Fases de la planificación

- 1) Determinar prioridades.
- 2) Establecer objetivos y resultados esperados.
- 3) Diseñar las actuaciones de enfermería.
- 4) Redactar el plan de cuidados de enfermería.



- Determinar prioridades. Gordon (1987) Estableció tres grupos de prioridad:
- a. Altas. Son aquellos diagnósticos de enfermería que si no se tratan pueden ser perjudiciales para el paciente o para el equipo. (Alto riesgo o potenciales). Intermedias. Se agrupan los diagnósticos no urgentes, pero que amenaza la vida (complicaciones potenciales).
 - b. Bajas. Son los diagnósticos que pueden no estar directamente relacionados con su enfermedad o pronóstico, pero que pueden afectar a su futuro bienestar (Alfaro, 2003).

La importancia de diagnóstico se basa:

- Urgencia del problema.
- Naturaleza del tratamiento.
- Interacción entre diagnósticos.
 - Si es posible:
- El paciente debe intervenir (prioridad).
- Si no hay acuerdo, resolver mediante el dialogo.
- Si están alteradas las necesidades fisiológicas y psicológicas. La enfermera asume la responsabilidad.
- Establecer objetivos y resultados esperados.
 - Objetivo del paciente → es un resultado deseado, en la conducta del paciente dirigido a la salud.
 - Resultado → es lo que se consigue con una actividad o varias.
 - Una vez realizada la prioridad, la enfermera y el paciente formula los objetivos y resultados esperados.
 - Tipos de objetivos.
- Teniendo en cuenta el tiempo.
 - Objetivo a corto plazo (máximo una semana).
 - Objetivo a largo plazo (meses, incluso años, pacientes crónicos, rehabilitación).
- Área que cubre para evaluar los cuidados.
- Objetivos específicos: es aquel que evalúa un área concreta de un plan de cuidados.
- Objetivos generales: es aquel que indica la acción y el tiempo que se incluirá todo el plan de cuidados de enfermería (Alfaro, 2003).

NORMAS (PAUTAS) PARA ENUNCIAR LOS OBJETIVOS Y LOS RESULTADOS ESPERADOS.

El objetivo tiene que estar relacionado con la respuesta humana.

Debe estar centrado siempre el paciente. Objetivos del plan.

- Contener una sola acción. Cada diagnóstico tiene que tener un objetivo.
- Deben estar limitados en un tiempo para conseguir el objetivo.

- Ser claros y concisos.
- Ser realistas.
- Estar de mutuo acuerdo entre el paciente y enfermera.
- Deben ser compatibles con otras terapias.

Componentes de la formulación del objetivo.

Sujeto + Verbo + Criterio de actuación (criterio de evaluación) + Condiciones (si precisa) + Tiempo.

Sujeto: quien debe realizar la acción (persona o grupo)

Verbo: es la acción que la persona o grupo debe realizar. La acción debe registrarse en futuro y tienen que ser verbos que impliquen conductas.

Criterio de actuación: indica el grado por el que se va a evaluar la actuación o nivel que la persona o grupo realizara la acción.

Condiciones: se añaden al verbo para explicar las circunstancias en las que se va a desarrollar la conducta (acción). Explican: qué, cómo, dónde, cuándo. No es imprescindible se añade para evaluar lo que queremos conseguir.

Temporización: el tiempo en que se tiene que lograr el objetivo (Alfaro, 2003).

Diseñar las actuaciones de enfermería

- Tipos de intervenciones.
- Independientes: son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica, son actividades que no requieren la orden previa de un médico.
- Interdependientes: son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas médicos, etc.

- Dependientes: son las actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas. Señalan la manera en que se ha de llevar a cabo una actuación médica (Alfaro, 2003).

La selección dependerá de las necesidades del paciente y las prioridades. Además se pueden basar en: protocolos, órdenes permanentes, en donde el protocolo es un plan escrito que especifica los procedimientos a seguir, que pueden ser de enfermería, interdisciplinar. Y el orden permanente, es aquella orden aprobada y firmada por el médico en actuaciones estandarizadas.

- Consultar con otros profesionales sanitarios.
- Buscar la ayuda de un especialista para buscar la forma de manejar los problemas.

Aprovechar los recursos disponibles. Pasos de la consulta.

- Identificar el problema.
- Dirigir la consulta al profesional adecuado.
- Proporcionar información.
- No predisponer a la persona consultada.
- Estar siempre disponible para consultar aclaración. Pedir ayuda; no es pasar el problema a otro.
- Incorporar al plan las recomendaciones de la persona consultada.

REDACTAR EL PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

- El plan de cuidados es el resultado de la planificación: es una norma escrita que organiza la información.
- Las órdenes de enfermería deben de incluir:
- Fecha: en que se escribe el plan y cada vez que se revisa.
- Diagnósticos
- Objetivos

- Intervenciones: indica quien tiene que hacer la acción, que es lo que tiene que hacer, como, donde, cuando y con qué frecuencia. La acción siempre en infinitivo.
- Firma

FINES DEL PLAN DE CUIDADOS.

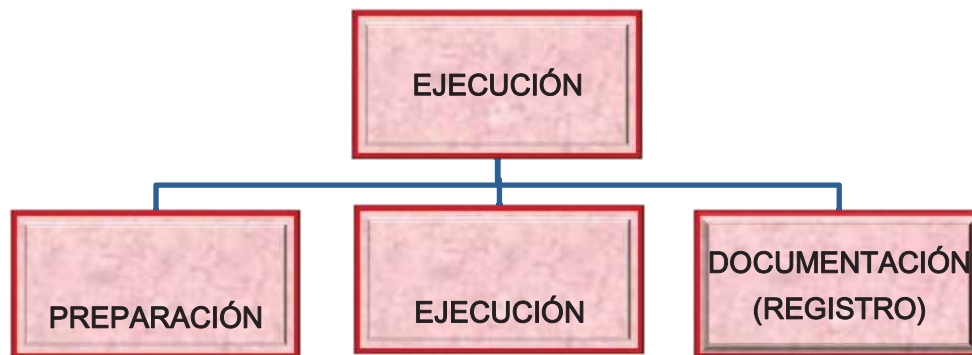
- Proporciona un cuidado individualizado
- Coordina los cuidados de enfermería. Fomentando la continuidad de los mismos.
- Permite a cualquier miembro del equipo identificar las acciones que se deben prestar.
- Facilita el registro, organizando la información intercambiada por los profesionales.
- Permite identificar y coordinar los recursos utilizados, proporcionando datos que facilitan la previsión y el control de gastos.
- Permite adaptarse a las necesidades del alta del paciente.
- Reduce la estancia media del paciente (hospital) al disponer de un registro temporalizado.
- Ayuda al profesional de enfermería a determinar si los objetivos de la atención se han alcanzado.
- Puede servir de guía para las compensaciones económicas que las compañías aseguradoras deben reembolsar (Alfaro, 2003).

4.1.4. ETAPA DE EJECUCIÓN.

Constituye el proceso “puesto en marcha” del plan de cuidados donde de la enfermera, el paciente o la familia llevan a cabo las actividades planificadas.

Pasos:

- 1º. Preparación
- 2º. Ejecución
- 3º. Documentación (registro)



1. Preparación. Esta fase exige que el profesional de enfermería se prepare para el comienzo de la intervención esto asegura la eficacia. Para ello:

- Analizar el plan
- Organizar los recursos
- Prever las complicaciones

Analizar los conocimientos y las destrezas

2. Intervención o ejecución. Esta fase es el eje principal del proceso enfermería. Una vez completado los pasos de la preparación se exige la categoría “intervención” necesarias para que se logre los objetivos y que cada diagnóstico se resuelva.

3. Documentación o registro: anotar el plan de cuidados las actividades hechas o no, especificando el porqué no lo se han llevó a cabo alguna actividad planeada, fecha, hora, balance, observaciones y firma.

El Proceso Enfermería tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones de enfermería dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos de enfermería y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada (Rodríguez, 2001).

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y

por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas (Rodríguez, 2001).

4.1.5. ETAPA DE EVALUACIÓN

Es un proceso sistemático y continuo mediante el cual se detecta si se han alcanzado los resultados establecidos en los objetivos y al mismo tiempo nos indica si las actividades deben modificarse (Rodríguez, 2001).

Fases: evaluación de las respuestas del paciente y evaluación del plan de cuidados.

Componentes:

1. Recogida de datos acerca del estado del paciente.
 2. Comparación de los datos recogidos con los resultados.
 3. Revisión del plan de cuidados.
 - a. Recogida de datos. Tiene el propósito de evaluar por medio de las técnicas utilizadas por medio de las mismas técnicas utilizadas en la valoración, estas pueden ser la entrevista al paciente, la observación directa, la exploración física o el reposo del historial médico.
- Comparación de los datos con los resultados. Después de recoger los datos, la enfermería compara el estado de salud actual del paciente con los resultados definidos en el plan de atención.
 - Juicio sobre el progreso. La enfermera emite un juicio sobre el logro de los resultados del paciente: si se han logrado los resultados, o no se ha logrado el resultado. Si el juicio es positivo se ha resuelto el diagnóstico de enfermería, por lo que se debe reflejar la fecha actual en el diagnóstico.

Cuándo el diagnóstico no ha sido resuelto, se deben recoger más datos en los que se dan más resultados e intervenciones.

Las respuestas humanas y los factores relacionados fueron apropiados. Después de realizar estas actividades, se trazarán estrategias para ayudar al paciente, (Bello, 2004).

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son las siguientes áreas

1.- Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica.

2.- Señales y Síntomas específicos.

- Observación directa.

3.- Entrevista con el paciente.

- Examen de la historia.

4.- Conocimientos:

- Entrevista con el paciente.
- Cuestionarios (test).

5.- Capacidad psicomotora (habilidades).

- Observación directa durante la realización de la actividad.

6.- Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal.

7.- Situación espiritual (modelo holístico de la salud): Entrevista con el paciente.

- Información dada por el resto del personal, (Bello, 2004).

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que nos sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar.

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.

- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M., Caballero (1989) la evaluación se compone de:

- Medir los cambios del paciente/cliente.
- En relación a los objetivos marcados.
- Como resultado de la intervención enfermera.
- Con el fin de establecer correcciones (Bello, 2004).

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar cómo va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

4.2. TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA E. OREM



Dorotea E. Orem es una teórica de enfermería que, donde habla sobre el autocuidado, este puede aplicarse a los pacientes psiquiátricos. Nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl. Se graduó en 1930 dentro de su trayectoria como teorista no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las misma lo que le sirvió de fuente teórica; esta

autora clasifica su teoría como una teoría general sobre el déficit del autocuidado, y consta de tres partes la teoría del autocuidado (lo describe y explica) 1. La teoría del autocuidado (lo escribe y lo explica 2. La teoría del déficit del autocuidado (justifica el porqué la enfermería puede ayudar a la gente) 3. La teoría de los sistemas de enfermería (explica las relaciones que tienen que existir para que esté la enfermería). Su idea básica sobre la Enfermería coincide substancialmente con la de V. Henderson. Para ella el objetivo de la Enfermería es: ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad (Ann Marriner, 2005).

Orem define el objetivo de Enfermería como “Ayudar al individuo a llevar acabo y mantener por si mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de dicha enfermedad” además afirma que la enfermera pueda utilizar cinco métodos de ayuda (actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo) el concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como los responsables de decisiones que condicionan su situación (Ann Marriner, 2005).

a) Teoría del Autocuidado: en la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar"(Ann Marriner).

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado: Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e integración social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana. Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez. Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud (Ann Marriner, 2005).

b) Teoría del déficit de autocuidado: en la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

c) Teoría de los sistemas de enfermería: en la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

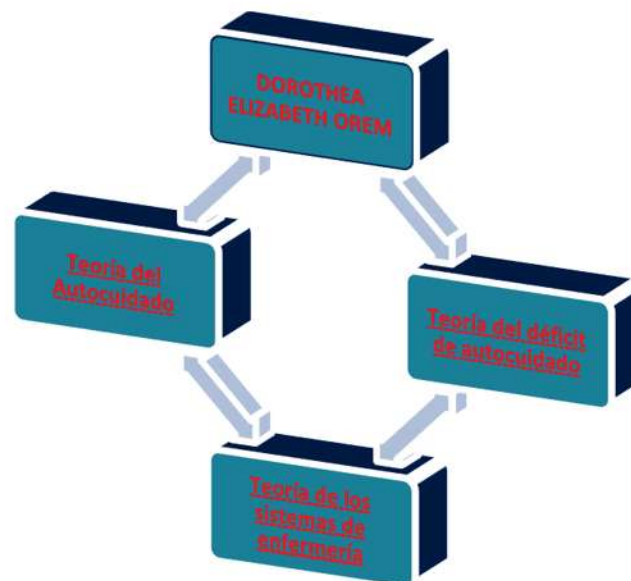
- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: la enfermera suple al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: el personal de enfermería proporciona autocuidado.

- Sistemas de Enfermería de apoyo-educación. La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda (Ann Marriner, 2005).

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Por otro lado, supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo. La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse (Ann Marriner, 2005).

Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- 2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- 4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- 5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar (Potter, 2001).



PARADIGMA DE ENFERMERÍA SEGÚN OREM

A) Concepto de persona: Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal, es afectado por el entorno y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente (Potter, 2001).

B) Salud: La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos (Potter, 2001).

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

C) Concepto de enfermería: Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta (Potter, 2001).

TEORÍA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERÍA

Sistema Compensatorio

- Realiza el Cuidado Terapéutico del Paciente
- Compensa la incapacidad del Paciente para realizar su autocuidado
- Apoya y protege al Paciente (Ann Marriner, 2005).

Sistema Parcialmente Compensatorio.

- Realiza algunas de las medidas de Autocuidado por el Paciente.
- Compensa las limitaciones del Paciente para realizar su Autocuidado.
- Ayuda al Paciente en lo que necesite.
- Regula la acción de Autocuidado.
- Realiza algunas de las medidas de Autocuidado.
- Regula la acción del Autocuidado.
- Acepta los cuidados y la asistencia de la enfermera (Ann Marriner, 2005).

Sistema de Apoyo Educativo

Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de Autocuidado. Realiza el Autocuidado. Área del Cuidado Cobertura de los RAC

1. Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
2. Mantenimiento del Crecimiento, Maduración y Desarrollo normales.
3. Prevención o control de los procesos de Enfermedad o lesiones.
4. Prevención de la incapacidad o su compensación.
5. Promoción del bienestar.
6. Apoyo de los procesos Físicos, Psicológicos y Sociales esenciales.

7. Mantenimiento de la estructura y funcionamiento humano.
8. Desarrollo pleno del potencial humano.
9. Prevención de lesiones o enfermedades.
10. Curar o regular la enfermedad (con ayuda apropiada).
11. Curar o regular los efectos de la enfermedad (con ayuda apropiada), (Ann Marriner, 2005).

APLICACIÓN DE LA METODOLOGÍA SEGÚN EL MODELO DE DOROTHEA E. OREM.

1. Evaluar las influencias biológicas, sociales, psicológicas y culturales en la capacidad del paciente para cuidar de sí mismo.
2. Identificar el impacto de la condición del paciente sobre su propio desarrollo natural.
3. Identificar y analizar el impacto de la condición del paciente sobre los miembros de la familia y su interacción con ellos.
4. Identificar las necesidades de información del paciente y familia y su capacidad de aprender.
5. Identificar y analizar el potencial del paciente para cuidar de sí mismo.

Valoración.

1. Realizar una valoración completa y sistemática del paciente.
2. Evaluar el impacto de la condición del paciente sobre su estilo de vida.
3. Identificar las estrategias actuales utilizadas por el paciente para afrontar su situación.
4. Apreciar el impacto de los factores biopsicosociales y culturales en la respuesta del paciente a su condición.
5. Identificar el nivel de desarrollo del paciente y de su familia.
6. Identificar los sistemas de soporte disponibles para el paciente.
7. A partir de la valoración, calcular la demanda de autocuidado terapéutica del paciente.

8. Identificar la naturaleza de cualquier déficit de autocuidado en relación con la condición del paciente, y las razones de su existencia.
9. Identificar y analizar las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia.
10. Desarrollar objetivos de cuidados de enfermería basados en el déficit de autocuidado identificados (Ann Marriner, 2005).

Diagnóstico

1. Escribir el diagnóstico en términos de respuesta del paciente, no de las necesidades.
2. Redactar el diagnóstico enfermería en términos legalmente aconsejables. (El diagnóstico enfermero tiene que reflejar la realidad pero no debemos cometer un error por la inexperiencia de los términos, definir bien la causa o factor).
3. Redactar el diagnóstico de enfermería sin un juicio de valor.
4. No intervenir el enunciado del diagnóstico (primero etiqueta y luego “relacionado con”, primero respuesta humana y segunda causa).
5. Asegurar que los elementos del enunciado no digan la misma cosa.
6. Excluir o no utilizar diagnósticos médicos en el diagnóstico de enfermería y en la causa.
7. Expresar el factor relacionado de forma que pueda ser modificado, por ejemplo modificar la respuesta humana con respecto a la pérdida de pareja, situación adaptativa a la nueva experiencia (Ann Marriner, 2005).

Planificación

1. Desarrollar objetivos de cuidado para el paciente que sean coherentes con las necesidades que se han identificado.
2. Planificar los cuidados de enfermería, dirigidos a superar el déficit de autocuidado del paciente y aquellos problemas con que puede encontrarse la familia.
3. Apoyar la toma de decisiones del propio paciente en relación con sus cuidados.

4. Identificar y seleccionar los métodos apropiados para controlar el déficit de autocuidado del paciente.
5. Proporcionar los recursos apropiados requeridos para el cuidado del paciente, incluyendo equipo y persona (Ann Marriner, 2005).

Ejecución

1. Poner en práctica intervenciones de enfermería de acuerdo con el razonamiento científico, la investigación y el plan de cuidados mutuamente establecido.
2. Iniciar las referencias a proveedores de cuidados de la salud y/o a los agentes esenciales que pueden ayudar al paciente a satisfacer a nivel óptimo su actuación como agente de autocuidado.
3. Animar al paciente en el uso de su propio potencial y recursos al abordar las limitaciones de autocuidado.
4. Proteger las capacidades de autocuidado del paciente como medio para prevenir nuevas limitaciones del autocuidado.
5. Documentar las observaciones e intervenciones de enfermería pertinentes (Ann Marriner, 2005).

Evaluación

1. Desarrollar criterios que permitan evaluar la efectividad del plan para avanzar hacia una disminución del déficit de autocuidado y un aumento en la agencia de autocuidado.
2. Usar estos criterios al evaluar los resultados de cuidados del paciente y familia en términos de los objetivos establecidos.
3. Usar los estándares profesionales de la enfermería como marco para evaluar el proceso de brindar cuidados de enfermería.
4. Modificar el plan de cuidados según sea apropiado para la evaluación de los resultados (Ann Marriner, 2005).

4.3. DEPRESIÓN

A lo largo de nuestra vida del ser humano, todos han experimentado momentos de tristeza, infelicidad o soledad, casi siempre como una reacción ante un hecho significativo, estos sentimientos de tristeza o infelicidad podría decirse que son normales o esperables. En ocasiones se le llama esta reacción como la "depre", aunque esto último no implique estar enfermo. A veces ocurre que estos sentimientos son más intensos o más prolongados y se asocian con otros síntomas psíquicos o físicos, esta enfermedad, como cualquier otra (diabetes, hipertensión, cáncer, obesidad, etc.), está constituida por una o varios síntomas, tiene una serie de causas y un desarrollo más o menos conocido y tiene un tratamiento que, en la mayoría de los casos, es eficaz. La depresión ataca a cualquier tipo de persona sin importar su raza, el nivel socioeconómico.

ASPECTOS HISTÓRICOS DE LA DEPRESIÓN

Los griegos, con Hipócrates, describieron los estados de tristeza, que denominaron melancolía (bilis negra), este estado estaba caracterizado por una aversión a los alimentos, inmovilidad, insomnio, irritabilidad y desesperanza. La influencia del planeta Saturno, hacia que el hígado secretara la bilis negra, de esta manera se daba una explicación etiológica al problema. La manía por otro lado era ya reconocida como un estado de exaltación por los griegos, pero fue Areteo de Capadocia, el que hizo la conexión entre la melancolía y manía, pudiendo presentarse de manera alterna en una misma persona en el siglo la primera descripción en Inglés, que se hace de la depresión, corresponde al libro del Robert Burton (1577-1640) Anatomía de la Melancolía el cual se publica en 1621. El trabajo de Burton fue alabado por los médicos de su época, dentro de los que destaca William Osler. Burton nació en Leicestershire, y se educó en Oxford, en donde llegó a ser bibliotecario de la "Christia's Church College", (Almudena, 2009).

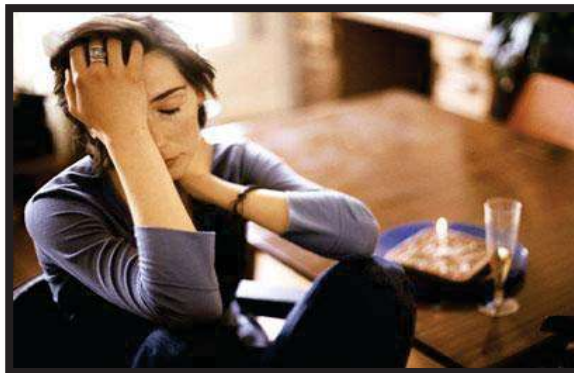
La primera edición de la Anatomía de la Melancolía apareció en 1621, y fue un éxito de inmediato en vida de Burton, él la revisó las cinco ediciones que le tocó vivir. El alienista Esquirol, alumno de Pinel, fue el primero que observó que hay formas de locura, que no avanzan más lejos que la tristeza profunda. Fue quien

describió a la melancolía como una monomanía, y una alteración del afecto. Jean-Pierre Falret y Jules Baillarger, discípulos de Esquirol, estudiaron la enfermedad bipolar, a la cual le dieron el nombre de "fobia a doble forme". Los psiquiatras franceses y luego los alemanes, siguieron la observación de sus pacientes de forma longitudinal, por años, y de esta manera pudieron correlacionar los estados de melancolía y manía. Kraepelin fue quien hizo la separación de los tres grandes grupos de trastornos que llenaban los manicomios entonces: esquizofrenias, Demencias y Enfermedad maniaco-Depresiva (Almudena, 2009).

DEFINICIÓN DE LA DEPRESIÓN

La **depresión** (del latín depressus, que significa 'abatido', 'derribado') es un trastorno del estado de ánimo que en términos coloquiales se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede transitorio o permanente (Kramer, 2006).

La **depresión** se considera como un trastorno del estado de ánimo, cuya característica principal es la alteración de humor y que se manifiesta como un trastorno cuyo rasgo esencial es un estado de ánimo deprimido (tristeza, melancolía, desánimo) o una pérdida de interés o placer por todas o casi todas las actividades con síntomas asociadas como la alteración de apetito, cambio depresivo, alteraciones de sueño, agitación, lentitud psicomotora, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte e intento de suicidio (Kramer, 2006).



Autor: Elenomista.com.mx

DEFINICIÓN DE LA PRESIÓN MAYOR

La depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. La base para distinguir estos cambios patológicos de cambios ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, la presencia de otros síntomas y el grado de deterioro funcional y social que lo acompaña (Kramer, 2006).

La depresión mayor; es una alteración de tipo afectivo, donde se exteriorizan los sentimientos o el estado de ánimo de una persona. Es caracterizada por una depresión prolongada que termina afectando la vida del paciente. Hay una pérdida sobresaliente y progresiva del interés en las actividades diarias o en los pasatiempos, se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas, durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros 4 síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad motora, falta de energía, sentimientos de culpa, etc. (Kaplan, 2003).

CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN DE ACUERDO AL DMS IV

Trastornos depresivos

F32.x	Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x)
F33.x	Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3x)
F34.1	Trastorno distímico (300.4)
F32.9	Trastorno depresivo no especificado (311)

Criterios para el diagnóstico de F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único (296.2x) CIE-10

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

0.- Leve

1.- Moderado

2.- Grave sin síntomas psicóticos

3.- Grave con síntomas psicóticos

4.- En remisión parcial/en remisión total.

9.- No especificado

Especificar (para el episodio actual o para el más reciente):

Crónico.

Con síntomas catatónicos.

Con síntomas melancólicos.

Con síntomas atípicos.

De inicio en el posparto.

Criterios para el diagnóstico de F33.x Trastorno depresivo mayor, recidivante (296.3x) CIE-10.

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Codificar el estado del episodio actual o más reciente:

- 0.- Leve
- 1.- Moderado
- 2.- Grave sin síntomas psicóticos
- 3.- Grave con síntomas psicóticos
- 4.- En remisión parcial/en remisión total
- 9.- No especificado

Especificar (para el episodio actual o el más reciente):

Crónico
Con síntomas catatónicos
Con síntomas melancólicos
Con síntomas atípicos
De inicio en el posparto

Especificar:

Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica). Con patrón estacional:

Criterios para el diagnóstico de F34.1 Trastorno distímico (300.4). CIE-10.

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

- 1. Pérdida o aumento de apetito.
- 2. Insomnio o hipersomnia.
- 3. Falta de energía o fatiga.
- 4. Baja autoestima.
- 5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
- 6.- Sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: Si el inicio es antes de los 21 años.

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad.

Especificar (para los últimos 2 años del Trastorno distímico):

También se clasifica de acuerdo a su intensidad:

- Depresión mayor: Presencia de uno o más episodios depresivos mayores con duración de al menos de 2 semanas, experimentado como mínimo de 4 síntomas de los siguientes: Pérdida o aumento de apetito, pérdida o aumento de peso, cambios en sueño, pérdida de energía, sentimiento de culpa e ideas recurrentes de suicidio de muerte.

- Depresión menor: Los síntomas no alcanzan la gravedad necesaria para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor.
- Trastorno bipolar I: Se caracteriza por un curso clínico de uno o más episodios mixtos y, a veces episodios depresivos mayores.
- Trastorno bipolar II: Se caracterizan por la presencia de episodios depresivos mayores que alteran con episodios de hipomanía(es un estado afectivo que conlleva alteraciones del ánimo de tipo expansivo, hiperactivo o irritable que se distingue de un estado de ánimo).
- Ciclotimia: Caracterizado por la presencia de frecuentes episodios hipomaniacos durante al menos dos años y una depresión menor.
- Distimia: Estado de ánimo deprimido de al menos de dos años de duración que está presente la mayor parte del tiempo.
- Trastorno depresivo debido o enfermedad medica general: Ejemplos tumores cerebrales, encefalitis, epilepsia.
- Trastorno depresivo por uso de sustancias: Cocaína, ansiolítico, (tranquilizantes) captopril, cimetidina(es un antihistamínico).
- Trastorno de estado de ánimo no especificada (DMS_IV TR).



Autor: vitadelia.com.

PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN

En México en el año de 2003 se han llevado a cabo algunos estudios epidemiológicos para estimar la prevalencia de trastornos mentales, incluidos los trastornos y episodios depresivos, identificando, además, el proceso de búsqueda de ayuda. Los hallazgos de estas investigaciones muestran discrepancias notables debido a diferencias en la definición del trastorno, la clasificación que se ha utilizado y la población en la cual se ha desarrollado el estudio, (Kaplan, 2003).

Entre los trabajos previos cabe destacar un estudio llevado a cabo como parte de la Encuesta Nacional de Adicciones en 1988, en el cual se incluyó una sección para investigar la prevalencia de trastornos mentales en personas de entre 18 y 65 años de edad, uno de los principales hallazgos fue que 34% de la población estudiada presentó uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio. El 13% de la población presentó sintomatología severa con importantes variaciones de acuerdo con el sexo del entrevistado: 8.5% entre los hombres y 17% en las mujeres. En otro estudio efectuado en la Ciudad de México se encontró una prevalencia de episodios depresivos durante la vida (sin excluir al trastorno bipolar) de 8.3%, con un claro predominio de las mujeres (Medina, 2005).

La encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2002 entre población urbana de 18 a 65 años de edad, concluyó que los trastornos afectivos (dentro de los que se incluyen los trastornos depresivos), se ubican respecto al resto de los trastornos investigados, en tercer lugar en frecuencia para prevalencia alguna vez en la vida (9.1%), después de los trastornos de ansiedad (14.3%) y los trastornos por uso de sustancias (9.2%). Al limitar el análisis de la encuesta a los 12 meses previos a su aplicación, los trastornos más comunes fueron los de ansiedad, seguidos por los afectivos. Al analizar los trastornos individualmente, el episodio depresivo pasa a un quinto lugar (luego de las fobias específicas, los trastornos de conducta, la dependencia al alcohol y la fobia social), con una prevalencia de 3.3% alguna vez en la vida. Entre las mujeres, la depresión mayor ocupa el segundo lugar (Medina, 2005).

FACTORES PREDISPONENTES DE LA DEPRESIÓN

Se desconoce la causa exacta de la depresión. 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 (Medina, 2005).

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 (Medina, 2005).

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 (Medina, 2005).

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 (Medina, 2005).

La depresión mayor también se puede presentar en adolescentes, niños y adultos mayores. Las características específicas relacionadas con la cultura se exponen en el texto referente al episodio depresivo mayor. El trastorno depresivo mayor es más frecuente tanto en adolescentes como en adultos, es dos veces mayor en mujeres que en varones. En la edad prepuberal los niños y las niñas están afectados en la misma proporción. Tanto en varones como en mujeres las tasas son más altas en el grupo de edades comprendidas entre los 25 y los 44 años, mientras que tanto en hombres como en mujeres las tasas más bajas se dan en las personas de más de 65 años, (Kaplan, 2003).

Herencia: Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica. Este riesgo es algo mayor para las personas con trastorno bipolar. Sin embargo, no todas las personas que tienen una historia familiar tendrán la enfermedad. Además, la depresión grave también puede ocurrir en personas que no tienen ninguna historia familiar de la enfermedad. Esto sugiere que hay factores adicionales que pueden causar la depresión, ya sean factores bioquímicos, o ambientales que producen estrés, y otros factores psicosociales.

Factores Bioquímicos: Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores. Además, los patrones de sueño, que se ven afectados por la bioquímica del organismo, son generalmente diferentes en las personas que tienen trastornos depresivos. La depresión puede ser inducida o aliviada con ciertos medicamentos, y algunas hormonas pueden alterar los estados de ánimo. Lo que aún no se sabe es si el "desequilibrio bioquímico" de la depresión tienen un origen genético o es producido por estrés, por un trauma, o por una enfermedad física u otra condición ambiental.

Situaciones estresantes: Muerte de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcio pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica.

Estacionalidad - Trastorno afectivo estacional (SAD): Se ha observado que hay personas que desarrollan depresión durante los meses de invierno, cuando los días se hacen más cortos. Es posible que la reducción de la cantidad de horas de luz afecte el equilibrio de ciertos compuestos químicos en el cerebro, dando lugar a síntomas de depresión.

Personalidad: Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer de depresión. Estos atributos pueden resaltar el efecto de las situaciones de estrés o interferir con la capacidad de enfrentarlas o reponerse de las mismas. Aparentemente, los patrones de pensamiento negativo típicamente se establecen en la niñez o adolescencia y van conformando a lo largo del tiempo un patrón de pensamiento depresivo.

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 (Medina, 2005).

CUADRO CLÍNICO

- Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño
- Cambio drástico en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso
- Fatiga y falta de energía
- Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa inapropiada
- Dificultad extrema para concentrarse.
- Agitación, inquietud e irritabilidad.
- Inactividad y retraimiento de las actividades usuales; una pérdida de interés o placer en actividades que alguna vez se disfrutaban (como la actividad sexual).
- Sentimientos de desesperanza y abandono.
- Pensamientos de muerte o suicidio.
- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días según lo indica el sujeto (por ej. se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ej. llanto).
- Disminución importante del interés o de la capacidad para el placer (disfrutar la vida) en todas o casi todas las actividades.

- Pérdida importante de peso (sin haber hecho régimen) o aumento significativo de peso (por ej. un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi cada día.
- Insomnio o hipersomnia (sueño durante el día).
- Agitación psicomotora.
- Fatiga o pérdida de la energía.
- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada (no simplemente los autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- Disminución de la autoestima y de la confianza en si mismo.
- Disminución de la capacidad para pensar, tomar decisiones o concentrarse.
- Visión pesimista, poco promisorio o "negro" del futuro.

Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. Estos síntomas persisten por lo menos dos semanas y producen un malestar muy significativo que altera la vida familiar, social, laboral y de otras áreas importantes de la actividad de la persona. Cuando estos episodios depresivos mayores se repiten (Depresión Mayor Recurrente) suele haber por lo menos un intervalo libre síntomas, de dos meses, entre uno y otro (Máser, 2002).

En la forma Melancólica de la depresión mayor se incluyen como síntomas típicos:

- Falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno).
- Una cualidad distinta del estado de ánimo depresivo (por ej. la depresión se experimenta en forma diferente al tipo de sentimiento que acompaña a la muerte de un ser querido).
- La depresión es habitualmente mayor a la mañana, mejorando el estado de ánimo al anochecer.
- Despertar precoz (por ejemplo 2 horas antes de lo habitual) que suele estar acompañado de angustia.

La depresión también puede aparecer como ira y desmotivación en vez de sentimientos de desesperanza y abandono. Si la depresión es muy severa puede estar acompañada de síntomas psicóticos, como alucinaciones y delirios, que por lo general son consecuentes con el estado de ánimo deprimido y se pueden enfocar en temas de culpa, insuficiencia personal o enfermedad (Moore, 2004).



Autor. Dr. Ricardo Rozados

PRUEBAS DE DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la depresión mayor se hace cuando la persona dice haber tenido cinco o más síntomas depresivos durante al menos dos semanas. Así mismo, el uso del Inventario de la Escala de Depresión de Beck (Beck's Depresión Scale Inventory) u otros exámenes para la depresión puede ser útil en el diagnóstico de ésta (Kaplan, 2003).

De igual manera, se deben descartar causas físicas que pueden mostrar síntomas de depresión antes de hacer el diagnóstico de esta afección (Kaplan, 2003).

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

La depresión puede tratarse de diferentes maneras, particularmente con medicamentos y asesoramiento, y la mayoría de las personas se benefician de una combinación de los dos. Algunos estudios han demostrado que la terapia con antidepresivos combinados con psicoterapia parece ofrecer mejores resultados que cualquiera de las terapias solo (Kaplan, 2003).

La terapia con medicamentos: involucra antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa, inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y algunos medicamentos antidepresivos más nuevos. Aunque los medicamentos antidepresivos pueden ser muy efectivos, algunos pueden no ser apropiados para todas las personas.

Para aumentar la efectividad de los antidepresivos, puede necesitarse de suplementos de litio y de hormonas tiroideas. Asimismo, es posible que se necesiten medicamentos anti psicóticos en personas con síntomas psicóticos, como delirios o alucinaciones (Guerra, 2009).

La terapia electroconvulsiva (TEC): es un tratamiento que ocasiona una convulsión por medio de una corriente eléctrica y puede mejorar el estado de ánimo de personas con depresión severa o personas suicidas que no respondan a otros tratamientos (Guerra, 2009).

En la actualidad, se está realizando una investigación acerca de la estimulación magnética transcraneal (EMT), que altera el funcionamiento del cerebro de manera similar a la terapia electroconvulsiva, pero con menos efectos secundarios. Igualmente, el uso de fototerapia para síntomas depresivos en los meses de invierno y las intervenciones para restaurar un ciclo de sueño normal puede ser efectivo para aliviar la depresión (Guerra, 2009).

A medida que el tratamiento hace efecto, se reduce el pensamiento negativo y aunque toma tiempo sentirse mejor, por lo general hay mejorías día tras día. Es importante mantener un estilo de vida saludable que comprenda: comer balanceado, evitar el alcohol y las drogas (ya que empeoran la depresión y pueden interferir con los medicamentos), dormir bien y hacer ejercicio con regularidad, al igual que buscar relaciones de apoyo interpersonal (Guerra, 2009).

Muchos consumidores ensayan con fototerapia para la depresión. Por ejemplo, la hierba de San Juan tiene una larga historia de uso en Alemania y recientemente ha ganado popularidad como antidepresivo herbal en los Estados Unidos.

La mayoría de los estudios alemanes indicaron que esta hierba era comparable a algunos antidepresivos. Sin embargo, en un gran estudio conducido por el Centro Nacional para la Medicina Alternativa y Complementaria (National Center for Complementary and Alternative Medicine) se determinó que la hierba de San Juan no era efectiva para el tratamiento de la depresión mayor (Guerra, 2009).

Grupos de apoyo: Por lo general, el resultado con el tratamiento es bueno. Aunque la mayoría de los episodios depresivos se pueden tratar efectivamente ya sea con medicamentos, psicoterapia o ambos, la depresión es un problema recurrente para muchas personas. Para las personas que han experimentado episodios repetitivos de depresión puede ser necesario tratamiento de mantenimiento para evitar recaídas futuras (Guerra, 2009).

Psicoterapia: Es una estrategia terapéutica utilizada por los psiquiatras que se basa en el diálogo y la interacción que ocurre entre el médico y el paciente. Toma en cuenta la relación de hechos pasados (“allá y entonces”) con hechos presentes (“aquí y ahora”); la relación entre pensamientos, sentimientos, conductas y comportamientos, entre otras cosas, (Guerra, 2009).

Como único método de tratamiento está recomendado en casos leves de depresión, así como en aquellos pacientes renuentes a utilizar medicamentos. El tratamiento combinado psicoterapia más medicación antidepresiva es más eficaz que el simple (psicoterapia o medicación aisladamente (Guerra, 2009). Hay que hacer mención que existen muchas modalidades de psicoterapia: individual, de pareja, familiar, grupal, analítica, cognitivo-conductual, etcétera}. La elección de la técnica depende de la preferencia del médico psiquiatra y la experiencia que se tiene con dicha técnica terapéutica (Guerra, 2009)

COMPLICACIONES DE LA DEPRESIÓN

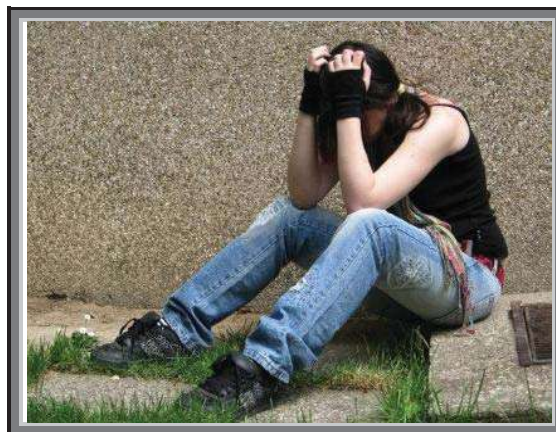
➤ Suicidio (hasta el 15% de las personas con trastorno depresivo severo mueren por suicidio)

- Aumento del riesgo de problemas relacionados con el alcohol y con las drogas
- Aumento del riesgo de dependencia del tabaco
- Aumento del riesgo de problemas con la salud física y muerte prematura a causa de enfermedad médica.

ALGUNOS FACTORES DE RIESGO DE SUICIDIO

- I. Sexo masculino
- II. Edad superior a 55 años
- III. Enfermedad orgánica crónica concomitante
- IV. Aislamiento social (divorcio y viudedad)
- V. Depresión, especialmente con síntomas graves de tristeza o ideas delirantes
- VI. Droga dependencia o abuso de sustancias psicoactivas
- VII. Antecedente familiar de suicidio y/o depresión mayor
- VIII. Alucinaciones
- IX. Accesibilidad a las armas de fuego y
- X. Raza blanca (Guerra, 2009).

Además, otros estudios señalan que la depresión mayor contribuye a elevar las tasas de morbilidad y mortalidad de otras enfermedades orgánicas como el infarto de miocardio, y que el tratamiento con éxito de los episodios depresivos mejora los resultados médicos y quirúrgicos obtenidos (Guerra, 2009).



Autor: Psiknos .com.

V. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

FACTOR DE CONDICIONAMIENTO BÁSICO

ETAPA DE LA VALORACIÓN

NOMBRE: J. J. B. C.

Paciente masculino de años, con secundaria terminada, es comerciante es originario de Morelia Michoacán; su lugar de residencia en la Colonia el Realito casado sin hijos actualmente vive con su esposa

Diagnóstico: Depresión grave

TRATAMIENTO:

Haldol 5 mg 1-1-1 IM

Hipokinon 5 mg 1 – 0 - 1

Risperidona 2 mg 2_ 2 _ 2

Clonazepan 2 mg 1 _ 0 _ 0

Sinogan tabletas 0 _ 0 _ 1

Dormicum 15 mg 0 _ 0 _ 1

Signos vitales: Presión arterial 120/80, frecuencia cardiaca de 88 por minuto, frecuencia respiratoria de: 20por minuto, temperatura corporal de 36.2.

Patrón de vida:

HORA	ACTIVIDAD	LUGAR
03:00AM	Se encuentra desesperado sin poder conciliar el sueño.	En la casa
06:00 AM	Se levanta sin querer hacer sus actividades del aseo personal.	Casa
08:00 AM	La hora del desayuno es mínima no quiere comer	Comedor de su casa
09:00 AM	Su esposa lo lleva al local si lo dejan intenta el suicidio.	Local
10:00AM a 14:00HRS	Permanece en el local con su esposa. Se traslada a su casa a comer	Local y casa
16:00 a 20:00 HRS	Nuevamente abren el local. Le toca la cena pero no quiere	Local y casa
22:00 HRS	Hay mucha ansiedad se toma sus medicamentos y disminuye	Comedor de su casa y habitación
24:00 HRS	Trata de descansar aunque no puede conciliar el sueño	Habitación de la casa

Requisitos de autocuidado universal mantenimiento de un aporte suficiente de aire: Consiente, orientado, con buen hidratación, con buena coloración de tegumentos, edad aparente igual a la cronología, complexión robusto, con posición libremente escogida, normocéfalo, pupilas isocóricas y normo reflectivas conjuntivas de buena coloración , narinas permeables, mucosa oral hidratada, tórax con campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia abdomen globoso a expensas de panículo adiposo peristalsis persistente, no megalias, no doloroso a la palpación médica, con extremidades simétricas integras con buen llenado capilar, pulsos presentes con buen tono y fuerza muscular, con alcoholismo durante 10 años tomando diario hasta llegar a la embriaguez dejo de tomar hace 3 años.

Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Su alimentación es buena con pero la esposa le tiene que dar pesa 76.250kg talla 1.69 metros, su ingesta de alimentos durante 24 horas en desayuno un vaso de leche, un vaso de jugo de naranja o zanahoria, frijoles, huevos y tortillas en la comida agua fresca, consomé, guisado y postre en la merienda una pieza de pan, una taza de leche o café todo esto lo consume pero con la ayuda de la esposa que le tiene que estar insistiéndole mucho.

Mantenimiento previsor de cuidados asociados con el proceso de eliminación y excreción su diuresis en 24 hrs es de 800 ml aproximadamente con características de color amarillo claro, su micción es de cuatro a seis veces sin problema en la micción, no utiliza fármacos, su evacuación diaria es de una a dos veces, es normal con coloración café, sufre de estreñimiento pero se controla con muchos líquidos y papaya picada.

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

El usuario ingresa a la clínica por intento de suicidio que inicia desde hace tres años aproximadamente, con depresión mayor, tristeza, ganas de llorar sin motivo sufre de insomnio, ansiedad, mareos, no quiere comer, con tendencia a la soledad, le cuesta trabajo para conciliar el sueño, aproximadamente duerme de tres a cinco horas.

Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana.

Es casado dice que mantiene buena relación con su esposa y que desde hace tres años que padece de la depresión se siente apoyado por su familia principalmente de su esposa, se describe como una persona con pocos amigos y antisociable.

Desde su ingreso la clínica, el usuario realiza baño diario de regadera con cambio de ropa, aseo bucal y con el tratamiento que está llevando se encuentra tranquilo, controlado con su padecimiento actual, realiza todas sus actividades de aseo personal con la supervisión de enfermería.

Promoción del funcionamiento humano dentro de los grupos sociales, con el potencial humano el conocimiento de las limitaciones y el deseo de ser normal:

El usuario se considera independiente en la toma de decisiones, aunque siempre tiene en cuenta la opinión de la esposa ya que se siempre lo ha apoyado y conoce su padecimiento, está consciente de las actividades que debe de llevar acabo de acuerdo a su padecimiento para su pronta recuperación.

Requisitos de autocuidado de desarrollo provisión de cuidados asociados a los defectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.

Paciente de sexo masculino de 34 años de edad, con escolaridad hasta la secundaria, se siente fracasado porque su estabilidad económica es bajo, la venta de la mercancía es poca, su tratamiento y las terapias son de alto costo su trabajo es permanente ya que el negocio es de él refiere sentirse muy triste, desesperado, no querer hacer nada y ganas de quitarse la vida, su enfermedad es grave pero se siente bien cuando está con su tratamiento y cuando lo deja vuelve a recaer en la depresión, es muy antisociable con pocos amigos, no se relaciona con facilidad por no conocer a nadie, habita en casa tipo urbano, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, habitan la casa dos personas, no convivencia con animales.

Requisitos de autocuidado de desviación a la salud.

El refiere que sí se ha realizado exámenes médicos, cuando está enfermo acude a los centros de salud, cuando tiene que llevar acabo algún tratamiento farmacológico médico y espera sentirse bien para suspenderlo o lo suspende cuando no tiene dinero para comprar su medicamentos, solo acude a centros de salud cuando es necesario, no sabe las principales complicaciones que puede presentar de acuerdo a su padecimiento.

RESUMEN**NOMBRE:** J. J. B. C.

Paciente Masculino de 34 años de edad, con escolaridad hasta la secundaria acudió en la clínica Latino de urgencia por intento de suicidio ya que fue valorada por médico con especialidad de Psiquiatría para darle el tratamiento adecuado, Se le observa que su autoestima es baja y siempre se la pasa triste, es muy serio la relación entre las personas es mínima la con la única que tiene comunicación es la esposa, antisociable. Consiente, orientado, con buen hidratación, con buena coloración de tegumentos, edad aparente igual a la cronología, complexión robusto, con posición libremente escogida, normocéfalo, pupilas isocóricas y normo reflectivas conjuntivas de buena coloración , narinas permeables, mucosa oral hidratada, tórax con campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardiacos rítmicos de buena intensidad y frecuencia abdomen globoso a expensas de panículo adiposo peristalsis persistente, no megalias, no doloroso a la palpación médica, con extremidades simétricas integras con buen llenado capilar, pulsos presentes con buen tono y fuerza muscular, con alcoholismo durante 10 años tomando diario hasta llegar a la embriaguez deo de tomar hace 3 años.

Con peso 76.250 kilogramos y Talla 1.69 centímetros, su semblante se ve cansado no duerme las horas que debe dormir, se agita muy rápido su voz temblorosa, presión arterial 120/80mmHg, frecuencia cardiaca 88 por minuto, frecuencia respiratoria 20 y temperatura corporal es de 36.2 centígrados, su dieta es buena y en cantidad, se siente mal por su enfermedad que presenta.

Diagnóstico: Depresión Grave**Plan: Tratamiento médico**

ORGANIZACIÓN DE DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS

REQUISITOS DEL AUTOCUIDADO UNIVERSAL	OBJETIVOS	SUBJETIVOS
1.Requisitos de autocuidado de desarrollo provisión de cuidados asociados a los defectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.	Se le observa que su autoestima es baja y siempre se la pasa triste.	su pareja refiere que lleva 3 años con la depresión e intento de suicidio
2.Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana	Es muy serio la relación entre las personas es mínima y antisociable	Refiere su esposa de pocos amigos y desconfiados con la mayoría de las personas.
3.Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos	Peso 76.250 kilogramos y Talla 1.69 centímetros	Su alimentación es mínima pero cuando a veces no come por varios días.
4. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	Se observa en su persona limpia en aseo bucal, uñas pelo ropa y zapatos	Refiere bañarse del diario con cambio de ropa y limpieza de su dentadura pero todas estas actividades lo realizan junto con su esposa.
5.Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	Su semblante se ve cansado no duerme las horas que debe dormir.	Las horas que duerme es muy poco y por cualquier ruido lo despierta y ya no puede conciliar el sueño.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana	Su autoestima es bajo	Refiere tristeza, ganas de llorar sin motivo, ansiedad, desesperación baja autoestima.
7.Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	Se agita muy rápido su voz temblorosa	Se siente muy desesperado con nerviosismo y preocupaciones.
8.Mantenimiento de un aporte suficiente de aire	Presión arterial 120/80mmHg, frecuencia cardiaca 88 por minuto, frecuencia respiratoria 20 y temperatura corporal es de 36.2 Centígrados.	Refiere no tener dificultad para respirar.
9.Mantenimiento previsor de cuidados asociados con el proceso de eliminación y excreción	Evacúa de 1 a 2 veces y la diuresis es normal	Nos refiere su esposa que consume de muchos líquidos
10. Requisitos de autocuidado de desviación a la salud	Se observa que su tratamiento médico no lo sigue adecuadamente.	Refiere que no sigue el tratamiento por los altos costos.
11. Requisitos de autocuidado de desarrollo provisión de cuidados asociados a los defectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.	Se siente mal por su enfermedad	Se desespera por su nivel económica.

CLASIFICACIÓN DE DATOS SIGNIFICATIVOS Y DIAGNÓSTICO ENCONTRADOS

REQUISITOS DEL AUTOCUIDADO ALTERADO	DATOS SIGNIFICATIVOS	DIAGNÓSTICO
Requisitos de autocuidado de desarrollo provisión de cuidados asociados a los defectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano	No sigue el tratamiento adecuado como debe de ser ya que los costos de medicamentos y las terapias son elevados y su nivel económico es muy bajo dice que no encuentra sentido a la vida.	Riesgo de suicidio relacionado con la depresión mayor manifestado por tristeza, ganas de llorar sin motivo, sufre de insomnio, ansiedad, mareos, no quiere comer, con tendencia a la soledad.
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.	Duerme en lapsos cortos de tiempo por la noche. Aproximadamente duerme por tres a cuatro horas refiere que cualquier ruido lo despierta y ya no puede conciliar el sueño	Alteración del patrón de sueño relacionado con estrés manifestado por dificultad para conciliar el sueño y cambios en la conducta.
Requisitos de autocuidado de desarrollo provisión de cuidados asociados a los defectos de las condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano.	Se siente incapacitado de no poner realizar actividades, motivación para sumir los propios cuidados de ansiedad y la depresión.	Déficit del autocuidados (baño, aseo personal y apariencia física) relacionado con la depresión grave manifestado por incapacidad de realizar sus actividades diarias
Mantenimiento entre la soledad y la integración humana	Se siente muy solo, sin amigos, muy antisocial y desconfiado de la gente	Riesgo de soledad relacionado con privación afectiva, aislamiento físico.

PLAN DE CUIDADOS DEL PROCESO ENFERMERO**PROBLEMA INTERDEPENDIENTE REAL**

DEPRESIÓN GRAVE: Secundario a factores genéticos manifestada por intento de suicidio, soledad, ansiedad, tristeza, desesperación, astenia, adinamia, insomnio, falta de deseos para comer, baja autoestima.

DEFINICIÓN: denominada también depresión clínica o unipolar, es un tipo de trastorno afectivo (o trastorno del estado de ánimo) que excede los altibajos normales, convirtiéndose en un serio trastorno clínico y una importante preocupación relacionada con la salud.

PLANEACIÓN**OBJETIVO**

El usuario disminuirá el grado de depresión.

SISTEMA DE ENFERMERÍA

- Apoyo Educativo

ESQUEMA DE MEDICAMENTOS

- Haldol Haloperidol 5 mg IM 08_14_20,
- Hipokinon 5 mg Vía Oral 08_20
- Risperidona(risperidal) 2 mg Vía Oral
- Clonazepan (Rivotril)2 mg Vía Oral 8:00 AM
- Sinogan tabletas Vía Oral 20HRS
- Dormicum Midazolan15 mg IV 20HRS.
- Charla de 30 minutos en relación a su enfermedad a las 11:00hrs del día hasta que se encuentre en la clínica.
- Terapia recreativa basket - bol de 17:00 -18:00 hrs 3 veces a la semana.
- Fomentar que el paciente que el paciente tenga un rol activo en el tratamiento y la rehabilitación.
- Terapia ocupacional ver la televisión y hace el intento de dibujar.
- Monitorear los signos vitales cada 4 horas.

CRITERIOS DE RESULTADOS

En el primer día el usuario se mostrará desorientado y desconfiado de las personas.

De acuerdo a su esquema de medicamentos el paciente disminuyó la depresión durante su estancia en la clínica aproximadamente 15 días.

Su esquema de medicamentos es de largo plazo.

Las terapias ocupacionales que se brindó es de largo plazo.

EJECUCIÓN

- Haldol Haloperidol 5 mg IM 08_14_20
- Hipokinon 5 mg Vía Oral 08_20
- Risperidona(risperidal) 2 mg Vía Oral
- Clónazepam (Rivotril)2 mg Vía Oral 08 AM ,
- Sinogan tabletas Vía Oral 20HRS
- Dormicum Midazolam 15 mg 0 IV 20HRS.
- Charla con el usuario en relación a su enfermedad a las 11:00hrs del día.
- Terapia ocupacional de ver la televisión y dibujar.
- Terapia recreativa jugar Básquet _ Bol a las 17:00hrs_18:00hrs.
- Se monitorea los signos vitales cada 4 hrs.

OBSERVACIONES.

- El usuario no quería relacionarse con nadie su idea era quitarse la vida sin importarle su familia.

EVALUACIÓN

- El objetivo se logró parcialmente; continúa con el mismo plan.
- El usuario en los primeros días se mostraba desesperado, confuso y desinteresado a realizar las actividades y la toma de sus medicamentos los aceptó con insistencia y asistencia.

PROBLEMA INTERDEPENDIENTE DE RIESGO DE SUICIDIO

- Riesgo de suicidio secundario a depresión grave.

DEFINICIÓN DE RIESGO DE SUICIDIO

- Riesgo de lesión autoinfligida que pone peligro en la vida.

PLANEACIÓN**OBJETIVO**

- El usuario disminuirá el riesgo de suicidio

SISTEMA DE ENFERMERÍA

A/E Apoyo Educativo

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

- Vigilancia estrecha.
- Interaccionar con el paciente a intervalos regulares para transmitir cariño y dar ocasión al paciente de hablar sobre sus sentimientos.
- Jugar básquet - Bol en la cancha de su colonia en la hora indicado

HORARIO

- Convivir y relacionarse con las personas en un espacio de 30 min a las 10:00hrs

CRITERIOS DE RESULTADOS

- El usuario realizara actividades de entretenimiento para no intentar el suicidio.

EJECUCIÓN

- Vigilancia estrecha.
- Jugar básquet bol en la cancha de su colonia a las 16-18hrs.
- Se relaciona con las personas para charlar.

OBSERVACIÓN

- El usuario tenía vigilancia de parte del familiar ya que intentaba el suicidio.

EVALUACIÓN

- El objetivo se logro completamente y continúa sin cambiar el plan.
- El usuario los primeros días se observo distraído pero posterior comenzó a relacionarse y realizar sus actividades.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA REAL NO. 1

DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS: (baño, aseo personal y apariencia física) relacionado con la depresión grave, manifestado por incapacidad de realizar sus actividades diarias.

DEFINICIÓN DE DÉFICIT DE AUTOESTIMA: Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o complementar por si misma su actividades cotidianas.

PLANEACIÓN**OBJETIVO**

- El paciente presentará un aspecto externo adecuado.

SISTEMA DE ENFERMERÍA

- A/E Apoyo /Educativo

PLANEACIÓN DE CUIDADO: Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir su autocuidado, por ejemplo bañarse, cepillarse los dientes, etc.

- Proporcionarle la toalla, jabón, crema dental en el baño.
- Baño diario a las 10:00 AM.

CRITERIOS DE RESULTADOS

- El usuario realizara las actividades con su autocuidado de baño e higiene en el transcurso de 3dias.

EJECUCIÓN

- Evaluar la capacidad de participación en cada actividad de autocuidado como bañarse, cepillarse los dientes, elegir la ropa adecuada y a su estilo.

OBSERVACIÓN

El usuario no quería realizar baño de regadera posteriormente se observa más motivado el aspecto que causa su personalidad.

EVALUACIÓN

- El objetivo se logró parcialmente.

DIAGNOSTICO REAL No 2 Bajo Autoestima Relacionada con la conducta indecisa no asertiva manifestada por las expresiones de desesperanza e inutilidad, no querer comer, no hacer nada de actividades.

DEFINICIÓN DE BAJA AUTOESTIMA: Larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus capacidades.

PLANEACIÓN

OBJETIVO

Aumentar su nivel de autoestima realizando talleres de autoestima.

SISTEMA DE ENFERMERÍA

- A/E Apoyo Educativo
- A/E Apoyo Emocional.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

- Interaccionar con el paciente a intervalos regulares para transmitir cariño y dar ocasión al paciente de hablar sobre sus sentimientos alas 11:00hrs
- Facilitar un ambiente y actividades ocupacionales alas 12:00hrs para que aumenten su autoestima.
- Ayudar al paciente a identificar la importancia de su cultura, religión, raza, género, y edad en la autoestima y los niveles de autoestima.

CRITERIOS DE RESULTADOS

En unos días aumentara los niveles de su autoestima.

EJECUCIÓN

- Actividades creativas en las para que mejore su estado de ánimo y a relacionarse con otras personas las 11:00hrs

OBSERVACIONES

- El usuario no quería hablar con nadie y era pura negatividad por parte de él pero el tiempo después de 3 días comenzó aumentar su nivel de autoestima.

EVALUACIÓN

- Se logra el objetivo que el usuario aumente los niveles de su autoestima sin que cambia el tratamiento que está llevando.

DIAGNOSTICO No 3 Alteración del patrón de sueño relacionado por estrés manifestado por dificultad para conciliar el sueño y cambios en la conducta.

DEFINICIÓN: PATRÓN DE SUEÑO.

Alteración de las horas de sueño que causa malestar o interfiere con el estilo de vida deseado.

PLANEACIÓN

OBJETIVO

- El paciente recuperará el patrón habitual de sueño.

SISTEMA DE ENFERMERÍA

- A/E Apoyo Educativo
- A/E Apoyo Emocional.

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

- Explicar la importancia de sueño.
- Determinar el esquema de sueño
- Ajustar el ambiente (luz, ruido,) para favorecer el sueño).

CRITERIOS DE RESULTADOS

- En unos días aumentara horas de sueño

EJECUCIÓN

- Fomentar el aumento de las horas de sueño
- Evitar ruido para que pueda conciliar el sueño.
- Facilitar el uso de medicamentos para dormir.
- Establecer y respetar horarios de vigilia y sueño.
- Establecer un nivel de actividad adecuado.
- Valorar efectividad del tratamiento del paciente

OBSERVACIONES

- El usuario aumenta las horas para dormir.

EVALUACIÓN.

- El objetivo se logra el paciente duerme de 6 a 7 horas.

DIAGNOSTICO No 4 Riesgo de soledad relacionado con deprivación afectiva, aislamiento físico.

DEFINICIÓN RIESGO DE SOLEDAD: Riesgo de experimentar una vaga disforia.

PLANEACIÓN

OBJETIVO

- El paciente expresará y manifestará sentimientos de adecuación y competencia para enfrentarse a la experiencia del aislamiento.

SISTEMA DE ENFERMERÍA

- A/E Apoyo Educativo

PLANEACIÓN DE CUIDADOS

- Apoyar en las terapias grupales que ayuden a integrarse el paciente con otras personas las 12:00hrs.
- Relaciones sociales que ayudan a disminuir la soledad.
- Terapia psicológica al paciente y familia 1 vez a la semana.
- Ayudar a integrarse con terapia ocupacional al paciente para la potencialización del humor.

CRITERIOS DE RESULTADOS

En una semana se observaron los cambios conductuales del usuario.

EJECUCIÓN

- Terapias grupales que ayudan a relacionarse e interactuarse a las 12:00hrs
- Habilidades y técnicas de comunicación y de relación social que se realizo con la familia.

EVALUACIÓN

- Se logro aumentar su interrelación con otras personas y disminuir la soledad.

VI. CONCLUSIONES

El proceso enfermero es un sistema de conocimientos ordenados cuya veracidad se comprueba y se puntualiza constantemente en el curso de la práctica la fuerza del conocimiento científico radica en el carácter general, universal, necesario y objetivo de su veracidad. La finalidad de este trabajo es tomar en cuenta que el proceso enfermero es un método sistemático que nos ayuda a identificar las necesidades que presenta el paciente y así mismo realizar un plan de cuidados para su recuperación exitosa de dicha patología, ya que prevalencia de síntomas depresivos de la depresión, según estadísticas de psiquiatría, se colocará en el año 2020 como la segunda causa de muerte, siendo la primera los infartos. Sin embargo, esta es una enfermedad que se está incrementando porque solo el 25 por ciento de los pacientes son diagnosticados, y el resto no reciben el tratamiento adecuado porque desconoce la enfermedad. De acuerdo al proceso enfermero que se realizó con un paciente con depresión grave identificando las necesidades y realizando un plan de cuidados el paciente sigue con el tratamiento adecuado sin suspenderlo para disminuir la depresión que padece y dejarlo que sea autosuficiente en todas las actividades cotidianas para que no se sienta indispensable y pueda valerse por sí mismo en la vida y también se pudo prevenir del intento de suicidio la depresión mayor es una de las enfermedades psiquiátricas más frecuentes. A pesar de que existen muchos tratamientos eficaces, a menudo que la depresión pasa inadvertida o el tratamiento es incorrecto el paciente está en riesgo de suicidio. Los profesionales de la salud deben considerar con especial interés la presencia de depresión en los pacientes. En general, la depresión se caracteriza por ser un trastorno del humor o estado de ánimo en el cual la persona tiene una baja disposición afectiva relativamente estable y persistente; primordialmente compuesta de tristeza, disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, así como ansiedad que suele asociarse con síntomas físicos como son: cansancio o agitación, pérdida del apetito, insomnio, disminución del deseo sexual, reducción de la actividad social y una reducción de la actividad emocional que se manifiestan a través de ideas suicidas y pensamientos de muerte. Todos estos síntomas provocan deterioro social, laboral o de otras áreas de la actividad del individuo.

VII. SUGERENCIAS PARA EL PACIENTE CON DEPRESIÓN MAYOR

- Fomentar la participación de la familia del paciente él en seguimiento del régimen terapéutico por parte del personal de salud en la clínica.
- La familia es importante que conozca la enfermedad que padece el paciente para recibir su apoyo.
- El personal de Enfermería debe de realizar una charla con el paciente y con la familia en la clínica o en el hospital donde se encuentre para su pronta recuperación del paciente.
- La enfermera deberá de identificar las prioridades que presenta el paciente dentro la clínica y su bienestar para su pronta recuperación.
- El personal de enfermería deberá de poner en práctica el Proceso de enfermero ya que nos permite crear un plan de cuidados para el paciente

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz Domingo, Ma. Isabel. 2003. Manual de Enfermería impreso en España edición Diorki editorial LEXUS editores país España.
2. DMS_ IV TR Manual diagnostico de los trastornos mentales edición Masso Barcelona 2002.
3. Rodríguez Sánchez, Bertha Alicia. 2001. Proceso Enfermero. Ediciones Cuellar. México.
4. Rosales Barrera, Susana; Reyes Gómez, Eva 2002. Fundamentos de enfermería Editorial el Manual Moderno S.A. de C.V. 3ra Edición. México.
5. Tomey Ann Marriner, Raile AlligooMartha. 2005 Modelos y Teorías en Enfermería quinta Edición.

PAGINAS ELECTRÓNICAS

- Alfaro, R., & Le Fevre, R., (2003) Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. (5º edición) NASSON. BARCELONA Consultado el 29 de abril 2010 disponible en: <http://www.uady.mx/~enfermer/sitioflash/Proceso/introducci%F3n.html>.
- Bello Fernández, NL. 2004 Módulo Proceso de Atención de Enfermería. Maestría en enfermería Material digitalizado. Consultado el 29 de Abril 2010. Disponible en: www.ejesalud.com/Portal/?gps=46&acc=eventos&viendohistorial.
- Disponible en <http://www.larepublica.com.uy/comunidad/279422-depresion-un-problema-global-de-salud> Autor Dr. Rozales. com. mx consultado el 030810.
- Durán de Villalobos MM. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. Revista Aquichan 2005; 5(1):86-95.). Consultado el 29 de Abril 2010 disponible en la página <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol110408/Procesosdeatenciondeenfermeria1.htm>.
- Durán de Villalobos MM. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. Revista Aquichan 2005; 5(1):86-95 consultado el 25 de Abril 2010 disponible en la pagina <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol110408/Procesosdeatenciondeenfermeria1.htm>.

- Fuente disponible en <http://www.diaadia.com>. Autor Psiknos.com.
- Fuente, <http://www.pilatesplus.com.ar/index.php> Autor. Elenomistaa.com.mx 030810.
- Fuente, <http://www.taringa.net/posts/salud-bienestar/2136974/Depresi%C3%B3N> Autor Vitadelia.com.mx. consultado el 038010.
- Guerra García Almudena 2009 Médico Especialista en Psiquiatría. Diagnostico de depresión mayor también Consultado el 25 de Abril 2010. disponible en: http://www.saludalia.com/docs/Salud/web_saludalia/temas_de_salud/doc/psiquiatria/doc/doc_diagnostico_depresion_2.htm saludalia@saludalia.
- Jefferson JW Moore DP. Mood disorders 2004, eds. Handbook of Medical Psychiatry. Depresión segunda edición. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2004: chap 74. Consultado 25 de Abril 2010 disponible en la página de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000945.htm>.
- Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 2003 edition 9°. Lippincott Williams & Wilkin depression. Consultado el 25 de Abril 2010 disponible en: <http://www.eutimia.com/trmentales/depresion.htm>.
- Kramer, Peter D. (2006). Contra la depresión. Barcelona: Seix Barral. Consultado el 29 de Abril 2010 disponible en la página de http://www.who.int/mental_health... .american psychiatric associationOMS Familia de Clasificaciones Internacionales». OMS. Consultado el 24-04-2007. <http://es.wikipedia.org/wiki/CIE-10>.
- Maser JD. Y Patterson, T. (2002) y del espectro nosología: implicaciones para el DSM-V Clínica Psiquiátrica de América del Norte, diciembre, 25 (4) p855-885) Consultado el 29 de Abril 2010. disponibles en la página en: <http://www.mf3la.com/depresion/> <http://www.psicologia.edu.es/salud-mental-ciencias-humanas-sociales.htm>.
- Medina-Mora ME, Rascón ML, Tapia R, Mariño M, Juárez F, Villatoro J *et al*. Trastornos emocionales en población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional, An en Salud pública México; 2005 vol. 47 Consultado el 29 de Abril 2010 disponible en <http://www.insp.mx/articulo.php?id=000496>.

IX. ANEXOS

UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

1.- FACTORES DE CONDICIONAMIENTO BÁSICO

NOMBRE: J J B C

EDAD: 34 AÑOS

ESCOLARIDAD: SECUNDARIA

OCUPACIÓN: COMERCIANTE

LUGAR DE NACIMIENTO: MORELIA,
MICHOACAN.

DOMICILIO DE RESIDENCIA:

AV. HUANIQUEO, NO 20_A COL.

REALITO MORELIA MICHOACÁN

SEXO:

MASCULINO

NUMERO DE INTEGRANTES DE LA
FAMILIA: SEISLUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA:
TERCEROINGRESOS ECONÓMICOS
MENSUALES: \$1,500.00

DIAGNOSTICO MEDICO ACTUAL: DEPRESIÓN MAYOR

TRATAMIENTO: Haldol 5 mg 1-1-1 IM,
Hipokinon 5 mg1 – 0 – 1 V. O.,
Risperidona 2 mg 2_2_2 V. O.,
Clonazepan 2 mg 1_0_0 V. O.,
Sinogan tabletas 0_0_1l. M. o V. O.,
Dormicum 15 mg 0_0_1 l. V.

SIGNOS VITALES

T/A:

120/80

F/C:

88X'

F/R:

20X'

TEMPERATURA.

36.2°

PATRÓN DE VIDA

HORA	ACTIVIDAD	LUGAR
05:00 hrs	Se levanta, se baña y se arregla	En la casa
06:00 hrs	Prepara la mercancía que va a llevar al local	Local
07:00 hrs	Desayuna	Comedor
08:00 hrs	Abre el negocio donde tiene la mercancía acompañado de la esposa	Local
09:00 a 14:00 hrs	Atiende el negocio a partir de las 15hrs de va comer su casa	Local y comedor de la casa
16:00 a 20:00 hrs	Vuelve abrir el negocio	Local
21:00 hrs	Merienda	Comedor en su casa
22:00 hrs	Trata de descansar aunque no puede conciliar el sueño	Habitación de la casa

2.- REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAL

MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AIRE

¿UTILIZA ALGÚN DISPOSITIVO PARA FAVORECER LA OXIGENACIÓN?	TIPO DE RESPIRACIÓN	FUMA O FUMÓ:
A. PUNTAS NASALES B. MASCARILLA C. NEBULIZADOR CONTINUO D. APOYO MECÁNICO VENTILATORIO PARÁMETROS: SIN ALTERACIONES	A. BRADIPNEA <u>B. EUPNEA</u> C. TAQUIPNEA D. PERIODOS DE APNEA	<u>A. SI</u> B. NO TIEMPO: 10 AÑOS

ESTADO DE CONCIENCIA: <u>A. CONSCIENTE</u> <u>B. SOMNOLIENTO</u> C. EUTOPOROSO D. EN COMA	¿HAY PRESENCIA DE CIANOSIS?, ¿EN DONDE? A. PERIBUCAL B. INGUINAL EN MIEMBROS SUPERIORES C. INGUINAL EN MIEMBROS INFERIORES D. TODAS LAS ANTERIORES
---	--

MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE AGUA

INGESTA DE LÍQUIDOS EN 24 HRS 1500 ml SOLUCIÓN INTRAVENOSA EN 24 HRS 500cc	¿HAY PRESENCIA DE EDEMA?, ¿EN DONDE? A. ORBITAL B. FACIAL C. EN MIEMBROS TORÁCICOS Y PÉLVICOS D. GENERALIZADO GRADO: + () ++ () +++ ()	ULTIMO BALANCE HIDRICO 800ml
EL ESTADO DE LA PIEL <u>A. HIDRATADA</u> B. DESHIDRATADA	ESTADO DE LAS MUCOSAS <u>A. HIDRATADAS</u> B. DESHIDRATADAS	

MANTENIMIENTO DE UN APOORTE SUFICIENTE DE ALIMENTOS

TIPO DE DIETA: NORMAL VÍA DE ADMINISTRACIÓN: <u>A. ORAL</u> B. CON Sonda NASOGÁSTRICA C. GASTROSTOMÍA D. PARENTERAL	PESO: 76.250kg PERÍMETRO ABDOMINAL: 96cms ÍNDICE DE MASA CORPORAL: 27.2	TALLA: 1.69mts
INGESTA DE ALIMENTOS EN 24 HRS 1600 KILOCALORÍAS		

MANTENIMIENTO PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS CON LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN Y EXCRECIÓN		
DIURESIS EN 24 HRS 700 ml	CARACTERÍSTICAS DE LA URESIS A. TRANSPARENTE <u>B. ÁMBAR</u> C. CAFÉ D. ROJIZA E. TURBIA	
RESULTADOS DE EXÁMENES DE LABORATORIO (ORINA) CREATININA: BACTERIAS: UREA: LEUCOCITOS: ERITROCITOS: DENSIDAD: PH:	¿SE UTILIZARON FÁRMACOS PARA FAVORECER LA DIURESIS? A. SI ¿Cuál? <u>B. NO</u> ¿TIENE SONDA FOLEY? A. SI FECHA DE INSTALACIÓN: <u>B. NO</u>	
EVACUACIÓN EN 24 HRS <u>A. SI</u> B. NO LA VÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN FUE <u>A. NORMAL</u> B. COLOSTOMÍA C. ILEOSTOMÍA	CARACTERÍSTICAS DE LA EVALUACIÓN <u>A. FORMADA</u> B. PASTOSA C. SEMILÍQUIDA D. LÍQUIDA	
COLOR DE LA EVACUACIÓN <u>A. CAFÉ</u> B. AMARILLA C. MELENA D. ACOLIA	REALIZO APLICACIÓN DE ENEMA PARA FAVORECER LA EVACUACIÓN A. SI ¿Cuál? <u>B. NO</u>	
¿SE UTILIZARON FÁRMACOS PARA FAVORECER LA EVACUACIÓN? A. SI ¿Cuál? <u>B. NO</u>	PERDIDAS POR OTRAS VIAS A. PENROSSE B. DRENOVAC C. SONDA EN T OTRO: NINGUNO	
MANTENIMIENTO DEL EQUILIBRIO ENTRE LA ACTIVIDAD Y EL REPOSO		
SU PACIENTE DE ENCUENTRA EN. A. REPOSO ABSOLUTO B. REPOSO RELATIVO <u>C. DEAMBULACION</u> D. POSTRADO	¿SI SU PACIENTE DEAMBULA, QUE DISPOSITIVOS UTILIZA DE APOYO? NINGUNO	
EL PATRÓN DE SUEÑO DEL PACIENTE SE HA MODIFICADO DURANTE ESTANCIA EN EL HOSPITAL <u>A. SI</u> ¿Por qué? EL RUIDO Y ESTRÉS B. NO	¿UTILIZA ALGÚN FARMACO PARA INDUCIR EL SUEÑO? ¿Cuál? SI, EL DORMICUM DE 15mg I.V. Y EL CLONAZEPAN TABLETAS 2mg	¿POR LO REGULAR CUANTAS HORAS ACOSTUMBRA DORMIR? 5 HORAS CUANDO NO HAY RUIDO

85

2.- REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESARROLLO

PROVISIÓN DE CUIDADOS ASOCIADOS A LOS DEFECTOS DE LAS CONDICIONES QUE PUEDAN AFECTAR ADVERSAMENTE EL DESARROLLO HUMANO

¿HASTA QUE AÑO ESTUDIO? SECUNDARIA ¿Por qué?	¿CUANDO LLEGAS A UN LUGAR POR PRIMERA VEZ TE RELACIONAS CON FACILIDAD? A. SI <u>B. NO</u> ¿Por qué? DESCONFIANZA
¿EXISTE ALGUNA SITUACIÓN ESPECIAL QUE LO HIZO SENTIR FRUSTRADO Y/O FRACASADO? <u>A. SI</u> B. NO ¿Cuál? ECONÓMICO Y SIN HIJOS	¿HA PERDIDO RECIENTEMENTE ALGÚN FAMILIAR Y/O AMIGO? A. SI ¿HACE CUANTO? <u>B. NO</u> ¿COMO TE SENTISTE DESPUÉS DE LA PERDIDA?
¿SU TRABAJO ES PERMANENTE? A. SI B. NO ¿LE PROPORCIONA ESTABILIDAD ECONÓMICA Y SOCIAL? SI	¿LA CASA EN DONDE HABITA ES PROPIA? <u>A. SI</u> B. NO ¿HA CAMBIADO DE RESIDENCIA EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES? A. SI <u>B. NO</u> ¿Por qué?
¿COMO SE SIENTE AHORA QUE ESTA ENFERMO? INÚTIL	¿HAY ALGUNA SITUACIÓN ESPECIAL POR LA QUE TE SIENTAS PREOCUPADO (A)? A. SI B. NO ¿Cuál? NO PODER SER PAPA Y LO ECONÓMICO
SU ENFERMEDAD ES: A. AGUDA B. CRÓNICA C. TERMINAL ¿COMO TE SIENTES AL RESPECTO? DEPRIMIDO	¿AHORA QUE SABE QUE SU VIDA SE TERMINARA PRONTO, COMO TE SIENTES?

2.- REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIACIÓN A LA SALUD

¿CADA CUANDO TE HACES TU EXAMEN MEDICO? <u>A. CADA 6 MESES</u> B. CADA AÑO C. NUNCA	¿CUANDO ESTAS ENFERMO ACUDES A: <u>A. ALGUNA INSTITUCIÓN DE SALUD</u> B. CON TUS FAMILIARES C. CON ALGÚN AMIGO D. CON ALGÚN CURANDERO, PARTERA, HECHICERO, ETC. ¿Por qué? PARA EL TRATAMIENTO
¿CUANDO TIENES QUE LLEVAR ACABO UN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: A. LO SIGUES AL PIE DE LA LETRA HASTA CONCLUIRLO <u>B. GENERALMENTE ESPERAS A SENTIRTE BIEN PARA SUSPENDERLO</u> C. NUNCA LO SIGO GENERALMENTE ME REONGO CON RECETAS CASERAS	SOLO ACUDO A LAS INSTITUCIONES DE SALUD CUANDO: A. ES NECESARIO B. ESTOY SEVERAMENTE ENFERMO C. PARA INCAPACIDADES <u>D. PARA CONSEGUIR MEDICAMENTO</u>
CUANTAS VECES HAS ESTADO HOSPITALIZADO EN EL ULTIMO AÑO: D. UNA E. DOS F. TRES <u>G. MAS DE TRES</u> ¿Por qué?	¿SABES CUALES SON LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES QUE PUEDES PRESENTAR DE ACUERDO A TU ENFERMEDAD? <u>A. SI</u> B. NO ¿Cuáles? EL SUICIDIO, EL INSOMNIO, LA ALTERACIÓN DEL SUEÑO, EL ESTRÉS.
SABES DE LA EXISTENCIA DE GRUPOS DE AYUDA, ES DECIR DE GRUPOS DE PERSONAS CON TU MISMA ENFERMEDAD GRUPOS DE APOYO PSICOLÓGICO	¿CONOCE LOS CAMBIOS QUE GENERA EN SU CUERPO LA ENFERMEDAD QUE PADECE? A. SI <u>B. NO</u> ¿CUALES SON?
¿YA TE HABITUASTE A TU ENFERMEDAD? A. SI <u>B. NO</u> ¿Por qué? AUN NO LO ACEPTO	ACTUALMENTE ACEPTAS TU ENFERMEDAD A. SI <u>B. NO</u> ¿Por qué? PORQUE ME SIENTO LIMITADO A MIS ACTIVIDADES DIARIAS