

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA, CASO CLÍNICO
DEPRESIÓN

TRABAJO ACADEMICO

PRESENTADO POR:
LIC. LOURDES ROSA ORDOÑEZ FLORES.

PARA OPTAR EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL Y
PSIQUIATRÍA

ASESOR:
Mg. SOFIA DEL CARPIO FLOREZ.

Lima, Perú
2017

DEDICATORIA

A Dios por haberme dado la vida y permitirme el llegar a este momento tan importante de mi desarrollo profesional.

A mi padre José y mi madre Thelma, por ser el motivo de impulso para el logro de mis metas.

AGRADECIMIENTO

A la prestigiosa casa de estudios Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

A mis padres, hermanos (as), que siempre están a mi lado para lograr mi desarrollo profesional.

Al Servicio de Psiquiatra del Hospital Hipólito Unanue por las facilidades en la ejecución del presente trabajo de investigación.

ÍNDICE

	Pág.
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEÓRICO	9
DESARROLLO CAPITULAR	25
VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	25
VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS	26
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	37
PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES	38
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	38
EJECUCIÓN DE INTERVENCIONES	44
EVALUACIÓN DE RESULTADOS	45
CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente del sexo femenino de 21 años, soltera, mozo, estudiante de la escuela de Bellas Artes con Diagnóstico Depresión, realizando una valoración obteniendo los dominios alterados: promoción de la salud, actividad y reposo, percepción cognición, autopercepción, rol relaciones y seguridad protección.

Se realiza las intervenciones propuestas, actualmente continua con su hospitalización, con una conducta favorable, grado de dependencia II, se muestra colaboradora con el tratamiento, demuestra preocupación y deseo de rehabilitarse.

El objetivo del presente trabajo es dar a conocer la relevancia del cuidado y el actuar profesional demostrado como competencia por medio el proceso de enfermería (PAE) como método rector de dicha disciplina en el ser y hacer, y como producto de la interacción sistemática y continuada con el paciente.

Las respuestas humanas se documentan para emitir diagnósticos, plantear objetivos, planear y evaluar cuidados. Concluyendo: con la secuencial elaboración del proceso logrando los objetivos propuestos con el diseño en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.

Palabras clave. Paciente, cuidados, depresión, enfermería.

ABSTRACT

We present the case of a female patient of 21 years old, unmarried, young man, a student at the School of Fine Arts diagnosed with depression, performing a valuation getting altered domains: health promotion, activity and rest, perception, cognition, perception, role relationships and security protection.

Is the proposed interventions, he continues with his hospitalization, with a favorable behavior, degree of Unit II, is collaborating with the treatment, shows concern and desire to rehabilitate themselves.

The aim of this work is to know the relevance of care and act professional demonstrated how competition through the nursing process (PAE) as a method of discipline in the be and do, and as a product of the systematic and continuous interaction with the patient.

The human responses are documented for diagnostic purposes, goals, plan and evaluate care. Concluding: with the sequential development of the process achieving the proposed objectives with the design in the service of Psychiatry of the Hipólito Unanue Hospital in Tacna.

Key words: Patient, care, depression, nursing.

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo académico, se presenta el caso clínico y Proceso de Atención de Enfermería en “Depresión”. El objetivo del presente trabajo de la investigación es dar a conocer el proceso de enfermería como método rector de dicha disciplina en el ser y hacer, y como producto de la interacción sistemática y continuada con el paciente.

A nivel mundial, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el primer lugar (13%) de carga global de enfermedades (años de vida ajustados por discapacidad) (1). La depresión existe como problema mundial. El aumento de la prevalencia de los trastornos depresivos llevará a ser la segunda causa de morbilidad en el mundo para el año 2010 (1). En la encuesta multinacional sobre la capacidad de respuesta del sistema de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizada en Perú en el 2009; se encontró que el 10% de la población general había tenido un episodio depresivo en el año (1).

El Servicio de psiquiatría del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, cuenta con 6 profesionales de enfermería, 2 médicos psiquiatras, 1 psicóloga. Dentro de la demanda de pacientes, al mes son hospitalizados alrededor de 50 a 70 pacientes al mes. Dentro de los indicadores de morbilidad se encuentran la depresión en primer lugar, farmacodependencia en segundo lugar, y esquizofrenia en tercer lugar(2).

Ante este contexto se realiza el presente PAE, y se desarrollará de la siguiente manera en capítulos: en el Capítulo I: Valoración por dominios; capítulo II: Diagnósticos de Enfermería; capítulo III: Planteamiento de Objetivos y prioridades; capítulo IV: Ejecución de las intervenciones y capítulo V: Evaluación de los resultados.

MARCO TEÓRICO

DEPRESIÓN

1. DEFINICIÓN

Según la Guía Práctica de la Depresión para familiares y pacientes (2010): La depresión es mucho más que estar bajo de ánimo (3)

Según el CIE 10 “La depresión es el estado de ánimo que varía escasamente de un día para otro. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondriacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco (2).

Aunque la mayoría de nosotros experimenta tristeza de vez en cuando, en algunas personas estos sentimientos no desaparecen y se acompañan de otros síntomas que provocan malestar o dificultades para desarrollar su vida cotidiana. Estas personas pueden tener un trastorno denominado depresión.

2. FISIOPATOLOGÍA

Existen evidencia que niveles anormales de la serotonina (5-hidroxitritamina), norepinefrina y dopamina neurotransmisores aminérgicos que actúan en el sistema nervioso central, podrían ser importantes en la fisiopatología de la depresión.

La dopamina es principalmente un neurotransmisor inhibitorio, este neurotransmisor, en las vías mesocortical y mesolímbica, participa en el mantenimiento del estado de alerta. Se deriva del aminoácido tirosina y la síntesis es por la misma que la noradrenalina.

La serotonina y la noradrenalina tienen fuerte influencia en patrones de conducta y función mental, mientras que la dopamina está involucrada por la función motriz. Estas tres sustancias son sin duda fundamentales para el funcionamiento normal del cerebro.

La visión actual de la fisiopatología de la depresión se resume virtualmente como un prototipo de interacción gene – entorno, un prototipo de modelo de interacción de enfermedades complejas con un gran enfoque en los tres principales sistemas monoamina- serotonina (5 –hidroxi-triptamina, 5 HT), norepinefrina (NE), y dopamina (DA). Las nuevas y emergentes herramientas de neuro-biología molecular y la imagenología del cerebro funcional nos han brindado un soporte adicional sobre la participación de estos tres sistemas(3).

En contraste, con revisiones anteriores contamos actualmente con una considerable evidencia que soporta un papel predominante de los circuitos DA del sistema nervioso central (CNS) circuitos de DA. Muchos investigadores sugieren que las respuestas terapéuticas sub-optimas actualmente bien documentadas a los SSRIs y los inhibidores de reabsorción selectiva de serotonina-norepinefrina (SNRIs) puede ser debida, en parte, a su relativa falta de efecto sobre los circuitos DA del cerebro. En cuanto se refiere a los sistemas 5HT del CNS, se ha recopilado inclusive una mayor información la cual soporta un rol fundamental de su participación en la depresión. Además de la muy impresionante evidencia de la reducción de la actividad de las neuronas de serotonérgicas en la depresión tal como se ha evaluado

post-mortem, en líquido céfalo raquídeo, (CSF) y en estudios neuroendocrinos, existen novedosos datos obtenidos a partir de exámenes post-mortem y de tomografías de emisión de positrones (PET), y estudios de imagenología que demuestran una reducción en el número de sitios de fijación de transporte de serotonina (SERT) (El sitio de acción de los SSRIs) en el cerebro medio y en la amígdala de pacientes deprimidos libres de medicamento, al igual que una reducción en ambas presinápticas (en el cerebro medio) y pos-sináptica (en la corteza mesio-temporal) en la densidad del receptor 5HT 1^a (8,9). Tomados en conjunto, estos datos sugieren una reducción neta en el número y/o funciones de las terminales nerviosas presinápticas 5HT y una reducción en la transducción de la señal post-sináptica serotoninérgica, por lo menos en uno de los subtipos receptores 5HT. Estudios anteriores demostraron un aumento en la densidad del receptor 5HT₂, quizás debido a una relativa disminución en la disponibilidad de 5HT(3).

3. SÍNTOMAS

Los síntomas de la depresión pueden variar de una persona a otra. Los síntomas fundamentales son:

- Ánimo bajo, tristeza o sentimientos de desesperanza, o
- Pérdida de interés en las actividades con las que se disfrutaba o tener escaso placer al realizarlas la mayoría de los días durante las últimas semanas.

Otros posibles síntomas que se presentan con cierta frecuencia son:

- Irritabilidad (enfadarse fácilmente).
- Ganas de llorar sin motivo aparente.
- Pérdida de energía o cansancio.
- Problemas de sueño
- Cambios en el apetito, que a veces conduce a variaciones en el peso.

- Dificultad para concentrarse o problemas de memoria.
- Pérdida del interés sexual
 - Sentimientos de inutilidad o culpa.
- Pensamientos negativos, excesivas críticas hacia uno mismo.
 - Deseos de muerte o ideas suicidas (8).

A menudo las personas con depresión también experimentan preocupaciones constantes que les produce ansiedad. Esto puede ocasionar síntomas físicos como dolor, palpitaciones cardiacas o molestias abdominales. En algunas personas estos síntomas físicos son su principal queja y a veces llegan a sentirse tan mal que desearían estar muertas(4).

La depresión puede hacer que la tarea más pequeña parezca escalar una montaña.

4. CAUSAS

Diferentes sucesos pueden actuar como desencadenantes de la depresión en personas diferentes.

Algunas veces, la depresión aparece sin una causa aparente.

Algunas circunstancias que aumentan el riesgo de depresión son:

- Haber sufrido algún episodio depresivo en el pasado.
- Antecedentes en la familia de personas deprimidas.
- Experiencias de pérdidas o estrés, incluyendo fallecimiento de seres queridos, desempleo, soledad, cambios en el estilo de vida o problemas en las relaciones interpersonales.
- Situaciones conflictivas en tu entorno (por ejemplo, tu trabajo, hogar u otros contextos).
- Haber sufrido traumas físicos o psicológicos.
- Enfermedad física seria o problemas crónicos de salud.
- Algunas medicinas (puedes consultarlo con tu médico).

- Abusar del alcohol o consumir otras drogas pueden empeorar la depresión.
- Algunas mujeres pueden ser más vulnerables a la depresión después del parto, especialmente si tienen alguno de los factores de riesgo enunciados arriba.
- Experiencias positivas tales como una relación cercana con una pareja, amigo, familia o compañeros suelen ayudar a prevenir la depresión.

5. TIPOS Y SÍNTOMAS

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas, los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves.

Para diagnosticar debe estar presentes los siguientes síntomas: Según el CIE 10, el Instituto Nacional de Salud Mental lo clasifica de la siguiente manera(3)

La disminución de la atención y concentración.

La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.

Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).

Una perspectiva sombría del futuro.

Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.

Los trastornos del sueño.

La pérdida del apetito.

Episodio depresivo leve (F 32.0)

Ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente. Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Episodio depresivo moderado: (F32.1)

Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve (F32.0) así como al menos tres (y preferiblemente cuatro) de los demás síntomas. Es probable que varios de los síntomas se presenten en grado intenso, aunque esto no es esencial si son muchos los síntomas presentes. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32. 2)

Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa

sean importantes, y el riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave.

Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio depresivo leve y moderado, y además por lo menos cuatro de los demás síntomas, los cuales deben ser de intensidad grave. Sin embargo, si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices, el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. En estos casos está justificada una evaluación global de la gravedad del episodio. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas, pero si los síntomas son particularmente graves y de inicio muy rápido puede estar justificado hacer el diagnóstico con una duración menor de dos semanas (4).

Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Incluye:

Episodios depresivos aislados de depresión agitada.

Melancolía.

Depresión vital sin síntomas psicóticos.

Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3)

Episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas en F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u

olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición. La inhibición psicomotriz grave puede progresar hasta el estupor. Las alucinaciones o ideas delirantes pueden especificarse como congruentes o no congruentes con el estado de ánimo (ver F30.2).

Incluye: Episodios aislados de:

Depresión mayor con síntomas psicóticos.

Depresión psicótica.

Psicosis depresiva psicógena.

Psicosis depresiva reactiva.

F32.8 Otros episodios depresivos

Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos (especialmente de la variedad somática con otro; síntomas como tensión, preocupación, malestar o mezclas de síntomas depresivos somáticos con dolor persistente o cansancio no debido a causas orgánicas (como los que se observan en ocasiones en los servicios de interconsulta de hospitales generales(4).

Incluye:

Depresión atípica.

Episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación.

F32.9 Episodio depresivo sin especificación

Incluye:

Depresión sin especificación.

Trastorno depresivo sin especificación.

6. FACTORES CONTRIBUYENTES Y PREVENCIÓN

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión.

Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa.

Está demostrado que los programas de prevención reducen la depresión. Entre las estrategias comunitarias eficaces para prevenirla se encuentran los programas escolares para promover un modelo de pensamiento positivo entre los niños y adolescentes. Las intervenciones dirigidas a los padres de niños con problemas de conducta pueden reducir los síntomas depresivos de los padres y mejorar los resultados de sus hijos. Los programas de ejercicio para las personas mayores también pueden ser eficaces para prevenir la depresión(3).

7, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Para el diagnóstico del tipo de depresión se aplica la Clasificación Internacional de Enfermedades 10, para lo cual debe reunir los signos y síntomas, además del periodo de tiempo para su tipo leve, moderada o severa,

Tratamiento farmacológico:

Los antidepresivos pueden ser eficaces en la depresión moderada a grave, pero no son el tratamiento de elección en los casos leves, y no se deben utilizar para tratar la depresión en niños ni como tratamiento de primera línea en adolescentes, en los que hay que utilizarlos con cautela.

Cuadro 1: Tratamiento farmacológico para la depresión.

Nombre genérico	Dosis diaria habitual mg	Efectos secundarios más frecuentes
Inhibidores de la recaptación de la noradrenalina		
Desipramina	75-300	Somnolencia, insomnio, agitación, incremento de peso. anticolinérgico
Nortriptilina	40-200	Somnolencia, insomnio, incremento de peso. anticolinérgico
Protilipina	20-60	Somnolencia, insomnio, agitación, incremento de peso. anticolinérgico
Inhibidores de la recaptación de la serotonina		
Fluoxetina	10-40	Todas la ISRS pueden provocar insomnio agitación sedación, malestar
Sertralina	50-150	

		gastrointestinal y disfunción sexual
Inhibidores de la recaptación de la serotonina y noradrenalina		
Amipriptilina	75-300	Somnolencia, anticolinérgicos, aumento de peso
Doxepina	75-300	Somnolencia, anticolinérgicos, aumento de peso
Imipramina	75-300	Somnolencia, agitación, anticolinérgicos, aumento de peso, malestar gastrointestinal, síndrome de suspensión

Terapia cognitiva conductual:

Hay tratamientos eficaces para la depresión moderada y grave. Los profesionales sanitarios pueden ofrecer tratamientos psicológicos, como la activación conductual, la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal, o medicamentos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos. Los profesionales sanitarios deben tener presentes los posibles efectos adversos de los antidepresivos, las posibilidades de llevar a cabo uno u otro tipo de intervención (por disponibilidad de conocimientos técnicos o del tratamiento en cuestión) y las preferencias individuales.

Entre los diferentes tratamientos psicológicos a tener en cuenta se encuentran los tratamientos psicológicos cara a cara, individuales o en grupo, dispensados por profesionales o por terapeutas legos supervisados.

- **Técnicas conductuales:**

- 1) Lista de actividades potencialmente agradables: Incluir las que le gustaban antes
- 2) Lista de actividades de dominio: cosas que le gustaría hacer pero que, actualmente, no hace por encontrarse deprimido
- 3) Programa semanal de actividades, incluyendo actividades de las listas 1 y 2, y evaluándolas entre 0 y 5 en "dominio" o "agrado"
- 4) Asignación de tareas graduales: dividiendo una tarea compleja (que él considera imposible de llevar a cabo) en pequeños pasos; practicando los primeros pasos en la consulta, o ayudándose con práctica imaginada
- 5) Práctica imaginada: El paciente imagina cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea y la describe verbalmente. Esto le obliga a prestar atención a los detalles esenciales de dicha actividad, contrarresta su tendencia a divagar y facilita la realización al programarla paso a paso. Cuando surge algún problema u olvida algún paso, le ayudamos mediante preguntas ej. ¿qué puedes hacer para...?).

Lo más importante, son los cambios cognitivos que se producen durante la realización de las tareas y después, al analizar los registros, buscando pruebas a favor y en contra de sus creencias (ej., "soy incapaz de hacer algo bien"). Sirven para:

- Probar la validez de las creencias del paciente acerca de sí mismo: ej. Una experiencia satisfactoria como realizar una tarea de dominio, suele ser más efectiva que los métodos cognitivos para modificar pensamientos erróneos como "soy incapaz de hacer algo bien" o "soy incapaz de experimentar ningún placer"
- Comprobar la relación entre la actividad realizada y el estado de ánimo

- Fijar su atención en las sensaciones agradables que experimente, superando así el pensamiento dicotómico (comprueba que puede experimentar cierto grado de placer)

Ayudarle a detectar pensamientos mediante preguntas: Ej., si se puntuó 0 en cortar el césped, ayudarle a ver lo que hizo bien preguntándole: ¿hizo algo bien?, ¿cómo lo vieron otras personas?, ¿cómo lo vería si ese trabajo lo hubiese hecho otra persona?

En las tareas graduales, si dice “no puedo” proponerle “hacer un experimento” y fijar objetivos modestos.

Los éxitos repetidos acaban por minar su creencia de que “no soy capaz”, ej., señora interesada por la lectura.

Tienden a hacer las cosas mejor de lo que creían pero también tienden a minusvalorar sus logros.

Asegúrate de que han comprendido que tareas tienen que hacer y cual es su utilidad.

Técnicas cognitivas:

Tras explicarle el fundamento teórico y mostrarle una actitud empática: preguntando, reflejando su visión de sí mismo y del mundo, etc.; podremos empezar a explorar conjuntamente cómo ve sus problemas y cuáles son las causas de estos.

Las técnicas cognitivas ayudan a identificar y modificar los sesgos sistemáticos y los contenidos disfuncionales típicos del pensamiento depresivo. Podemos dividirlos en:

- 1) Detectar pensamientos automáticos (P.A.) o pensamientos negativos.(PN)

- 2) Comprobar cómo los P.N: influyen en las emociones: ponerle ejes ajenos y propios
- 3) Entrenamiento en observación y registro de cogniciones, mediante:
 - Análisis de autorregistros.
 - Imágenes inducidas (sólo en depresiones moderadas).
 - Preguntas: qué pensaba al venir; que piensa cuando observamos un cambio emocional.
- 4) Registrar P. A. (registro diario de pensamientos)
 - Lo más pronto posible (o a una hora fija)
 - En los periodos más difíciles
 - En los lugares más difíciles (a veces ir con él)
- 5) Traducir o reducir el pensamiento a su esencia
- 6) Clasificar las cogniciones en función de sus:
 - Contenidos o temas (visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro)
 - Distorsiones: sobre generalización, pensamiento dicotómico, etc.
- 7) Someter los P.N. a prueba de realidad:
 - Evaluarlas preguntándoles por datos reales
 - Examinar su validez o su tipo de distorsión
 - Buscar evidencias a favor y en contra

8) Técnicas de re-atribución (interna, estable y global para lo negativo)

- Fijar su atención en la responsabilidad de otras personas o de las circunstancias
- Revisar y aplicar leyes lógicas a los acontecimientos

9). Búsqueda de interpretaciones alternativas

- Buscar todas las alternativas posibles, igual que en la solución de problemas
- Asignar porcentajes de verosimilitud
- Hacer preguntas para que se fije en detalles de interés
- Buscar pruebas (argumentos o experimentos) que las confirmen o invaliden
- Manejar varias hipótesis (de paso, disminuye el grado de certeza del p.a.)

10) Introducir en los autorregistros el apartado "interpretaciones alternativas"

8. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Los cuidados de enfermería en una depresión endógena se brinda con la administración del tratamiento psicofarmacológico y cuidando de los efectos adversos y el progresos de la paciente.

En cuanto a la depresión por agentes exógenos o externos se brindan los siguientes:

- Lograr establecer la interrelación enfermero-paciente.
- Brindar apoyo emocional o psicoterapia de apoyo individual y coordinar para el soporte familiar.

- Controlar la ingestión de alimentos.
- Observar y controlar el baño de aseo personal de los pacientes.
- Incorporar a los pacientes a la laborterapia.
- Velar por el cumplimiento de las indicaciones médicas.
- Observar la ingestión de psicofármacos.
- Observar estrechamente la conducta del paciente (por peligro suicida).
- Incorporar al paciente a las actividades para evitar aislamiento.

9. APLICACIÓN DE LA TEORIA DE PEPLAU

Es un modelo orientado principalmente a la enfermería psiquiátrica que toma como sustento las bases teóricas psicoanalistas, de las necesidades humanas y del concepto de motivación y desarrollo personal.

Peplau define la “Enfermería Psicodinámica” como “aquella que es capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son las dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia “

En este caso en el paciente con Depresión, el enfermero ha de ser capaz de conocer y comprender su propia conducta para poder identificar lo que sienten los demás y ayudarles. Teniendo en cuenta el modelo propuesto por Peplau, aplicamos los principios de las relaciones humanas para poder dar respuesta y ayuda al sujeto ante las dificultades que van surgiendo en todas los grados de la experiencia. En esta relación interpersonal, el enfermero asume sus roles.

En la etapa de Intervención se inicia el plan de cuidados, priorizando los diagnósticos de enfermería, estableciendo objetivos y organizando las acciones de enfermería necesarias.

Las personas viven, según Peplau, cuatro tipos de experiencias psicobiológicas, que son: necesidad, frustración, conflicto y ansiedad. Estas experiencias generan energías que se transforman en acciones. El conocimiento, por parte del enfermero, de estas experiencias es necesario para poder establecer los objetivos e intervenciones adecuados.

En la fase de ejecución se pone en práctica el plan de cuidados, realizando las intervenciones necesarias y potenciando la implicación de la persona o su agencia de cuidados dependiente.

Se llevan a cabo las acciones de Enfermería, según los métodos de ayuda diseñados y se hacen los juicios pertinentes sobre la eficacia de los cuidados, la regulación del ejercicio o desarrollo de la agencia de autocuidado y los cuidados de Enfermería y se hacen los ajustes necesarios a los sistemas de cuidados a través de una adecuación de roles.

DESARROLLO CAPITULAR

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA:

Paciente de 21 años, de sexo femenino, atea, estudiante al 5to ciclo en Escuela de Bellas Artes, trabaja de moza, soltera, nacida en Moquegua pero actualmente reside en Tacna, referida del servicio de Emergencia, ingresa al servicio acompañada de su prima, con Diagnóstico Médico Trastorno depresivo moderado severo.

A la observación se encuentra en regular estado general y de higiene, prima refiere que se había encontrado con su enamorado y estaban ingiriendo bebidas alcohólicas en un hotel, al salir a comprar toma la decisión de matarse porque piensa que es mala, no quiere hacer cosas malas por lo que decide cortarse con una botella de vidrio en la pierna izquierda,

A la entrevista se muestra callada, asustada por encontrarse en un servicio desconocido para ella, y refiere que ya no quiere seguir viviendo, no se siente a gusto con su cuerpo, en esta vida se siente sola pro que su enamorado al dejo y sus adres no están con ella.

Al examen: Aparenta la edad referida, con regular arreglo personal, fija la mirada, colabora con el interrogatorio, manipuladora. Orientado en tiempo, espacio y persona. Deprimido, ansiosa. Alucinaciones hipnagógicas. Sin conciencia de enfermedad. Presión Arterial 100/60 mmHg. Frecuencia Cardíaca: 60 latidos por minuto. Frecuencia Respiratoria: 20 respiraciones por minuto. Temperatura: 37 °C. Aparente regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación, mucosas orales húmedas, conjuntivas palpebrales rosadas, tejido celular sub cutáneo en regular cantidad, piel tibia, se aprecia herida

suturada con 10 puntos de 15 cm en región anterior de pierna izquierda resto sin particularidades. Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, normofonéticos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaéreos normales. Neurológico: no signos meníngeos, ni de focalización. Hg. 13,5mg/dl.

ANAMNESIS

A. DATOS FILIACIÓN

- Nombres y Apellidos : LCR
- Edad : 21 años
- Fecha de Nacimiento : 26/03/1995
- Sexo : Femenino
- Raza : Mestiza
- Religión: : Atea
- Grado de Instrucción : 5° ciclo de Bellas Artes, artes plásticas.
- Ocupación Actual : Estudiante
- Ocupaciones Anteriores : Moza
- Estado Civil : Soltera
- Lugar de Nacimiento : Moquegua
- Procedencia : Tacna
- Domicilio : Calle Chimú D5 Coop Gregorio Albarracín. La Esperanza
- Nombre del Padre : Sabino
- Nombre de La Madre : Ana
- Fecha de Ingreso : 20/03/2017
- Fecha de Elaboración HC : 21/03/2017
- Informantes : La paciente.

B. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 21 años, de sexo femenino, atea, estudiante al 5to ciclo en Escuela de Bellas Artes, trabaja de moza, soltera, nacida en Moquegua pero actualmente reside en Tacna.

El día de su ingreso se había encontrado con su enamorado y estaban ingiriendo bebidas alcohólicas en un hotel, al salir a comprar toma la decisión de matarse porque piensa que es mala, no quiere hacer cosas malas por lo que decide cortarse con una botella de vidrio wn wl MII, ya no quería seguir aquí, es encontrada y la traen por emergencia del HHUT deciden hospitalizarla.

C. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Tiempo de Enfermedad : 10 años

Episodio Actual : 02 meses

Síntomas Principales : Depresión, intento de autolisis, inestabilidad afectiva, sensación de vacío, disociación, alteración del sentido del yo.

Historia de la Enfermedad :

Inicio : Insidioso

Curso : Progresivo

Cuadro de paciente se inicia cuando fallece el abuelo tenía 11 años que era la figura paterna, sentía la necesidad de quedarse en Moquegua con la mamá se siente culpable de muchas cosas, veía a las personas que estaban a su alrededor que también eran culpables de lo que estaba pasando, la llevan al psicólogo a los 14 años porque tenía problemas con su mamá, en la casa era violenta, renegona, amenazó a su hermano de querer matarlo, le pegaba, le dan terapia psicológica 5 a 6 veces, se enfrentó al psicólogo, era demasiado rebelde, trataba de destruir a la familia, ya que no concibe ver a nadie feliz, por lo que deja de ir al psicólogo. Continúa sus estudios.

Se va a estudiar a Huaraz, allí se sentía sola tiene un intento de suicidio, también conoce a una amiga que se cortaba y decide cortarse con un cutter cuando se sentía sola, solo se corta una vez le dolió por lo que ya no vuelve hacerlo. El papá le pide que debe regresar a Tacna por lo que ella deja los estudios y empieza a estudiar en el ESFA, está viviendo con su tía, le iba bien en sus estudios, vendía cuadros. El 2016 mientras se encontraba estaba en su cocina no recuerda lo que paso durante 02 horas pero ya se encontraba mirando tv. La otra ocasión fue cuando estaba con su patineta y luego no recuerda como llega a su casa pero estaba durmiendo. Se autolesiona y se corta el cabello cuando tiene crisis fuertes, y tiene descontrol de ella misma que le desestabiliza. En enero del 2017 se quedaba sentada mirando al vacío, se quedaba sola y llorando, porque se sentía culpable de todo lo que pasaba, sentía que tenía varios yo dentro de su cabeza que le hablaban y le decían que actúe de diferente manera en cada ocasión, también empezó a sentir que las cosas en la naturaleza tenían una vibración y las podía sentir una vez la siente en la piel esto dura durante 01 días, se consigue una novia para que la ayude.

El día sábado se comunica con su prima le dice que le han robado su celular su dinero y llaves, no concebía la idea de que en esta sociedad le hicieran eso, se puso agresiva y la llevaron a la comisaria la habían tenido que esposar porque se lastimó con las esposas, la encuentran y regresa a casa, empieza a decir que quiere suicidarse, dijo que quería irse por un edificio y hacerlo.

D. ANTECEDENTES PERSONALES:

Prenatales:

Es la primera hija de tres hermanos, no planificado, pero si deseado, hubo amenazas de aborto, tuvo hiperémesis gravídica

tomaba gravol, madre estuvo internada los primeros meses, perdió 15 kg de peso, había ITUS a repetición con tratamiento antibiótico.

Natales:

De parto eutócico en el hospital de Moquegua, pesó 3500, si lloró al nacer, succión si, inmunizaciones completas, lactancia materna 9 meses, ablactancia 6 meses.

Crecimiento y Desarrollo:

Camino a los 11 meses, primeras palabras al año, control de esfínteres a los 12 meses.

Psicosexualidad:

IRS : 20 años

N° P.S. : 06

Masturbación : Niega

Método Anticonceptivo : Ninguno

Se identifica como: Mujer

Preferencia Sexual : Hombres y mujeres

Pareja : No tiene

FUR : 20/03/2017

FO : G01 P00 A01. Diciembre del 2016

AS. : No.

Escolaridad :

Inicia escolaridad desde los 03 años en Moquegua en Samegua era una niña tranquila, la mejor del salón, luego pasa la primaria al colegio particular en Montesori en Moquegua de 1° a 4° era una niña tranquila, estudiosa, era primer puesto en el colegio, no le gustaba bailar lo hacia por obligación, en 5° y 6° la traen al colegio Lastenia Rojas de Castañon la profesora le decía que

tenía que ponerle en clases de teatro que no socializaba, se apartaba, siempre andaba sola, estaba bien en los estudios.

La secundaria sigue en el mismo colegio hasta 3° de secundaria se esforzaba mucho no quería que nadie le ganara, a veces lloraba porque no podía resolver un problema de matemática, no le gustaba que le dijera que estudie porque sacaba baja nota, no le gustaba que nadie le gane en los estudios empezó a sacar 3° puesto lloraba mucho porque le ganaban empezó a tener algunas amistades, luego regresa a Moquegua 4° y 5° secundaria en el colegio Simón Bolívar no ocupaba ningún puesto ya no le importaba competir, no le gustaba las fiestas, y ya no le invitaban a las fiestas, tenía 03 amigas una de ellas no estudiaba se escapó de la casa en 4° secundaria en bicicleta. Postula en Moquegua a la Universidad José Carlos Mariátegui Ingeniería Comercial estudia un año el 2012 no le gusta la carrera, era irregular en la asistencia, no era lo que quería, luego se va a Huaraz postula Psicología en la Uladech estudia 2 años, le va bien, era una de las mejores alumnas de psicología, lo deja porque se regresaron a Tacna, no quiso continuar de nuevo, ni convalidar, luego postula a Bellas Artes a artes plásticas, esta 02 años y medio es una de las mejores, no se lleva bien con las personas en un poco apática, no hace amistad tan fácilmente, no le gusta que le hagan favores, porque no tengan un tema de conversación, prefiere apartarse y seguir con sus asuntos.

Servicio Militar : Niega

Antecedentes Laborales : De moza en vacaciones, un mes en el internet no le gustaba que los hombres hablen “feo” y su aspecto físico también les molestaba.

Antecedentes Patológicos:

Eruptivas	: Niega.
Enfermedades	: Niega.
Hospitalizaciones	: Niega.
Cirugías Previas	: Niega.
Tratamientos Recibidos	: Niega.
Accidentes	: Niega.
Transfusiones	: Niega.
Alergias	: Niega.
Ideas de Autolisis	: Niega.

Hábitos Nocivos:

- Alcohol : Si, desde los 19 años consume hasta embriagarse llega a tomar 02 días seguidos, ron, cerveza, vodka, whisky. FUC: 18/03/2017.
- Tabaco : Ocasionalmente.
- Drogas : Marihuana si a los 21 años, anteriormente era seguido, actualmente en ocasiones.

E. ANTECEDENTES FAMILIARES:

Madre : 41 años, trabaja de vendedora, tiene una enfermedad que es incurable no sabe el nombre donde pierde la senilidad, esta con terapia alternativa.

Padre : 51 años trabaja de mecánico de producción, tiene vitíligo, problemas de audición.

Hermanos : 02 hermanos de 20 y 15 años aparentemente sanos.

Hijos : Ninguno

Familiares con trastornos mentales: hermana bisabuela materna tiene problemas mentales por eso le quitaron a su hijo.

F. CONDICION SOCIO ECONOMICA:

Vivienda : Vive sola en casa tía de material noble.

Dependencia Económica: Depende económicamente de ella misma haciendo sus cuadros.

Crianza de Animales : Si gato.

G. DINAMICA FAMILIAR:

Paciente vive sola en casa de su tía paterna, la relación con la madre es inestable, estuvo con la madre hasta los 2 años, luego se queda con los abuelos en Moquegua, a los 4 años vive con la mamá y con su nueva pareja, la abuela se la lleva hasta los 8 años, luego vuelve donde la mamá hasta los 11 años, a los 12 años vuelve a vivir con su abuela porque no acepta a la pareja nueva de su mamá, le decía si los quería a ellos más que a ella, había problemas en la familia por esa actitud, por lo que se va donde la abuela por unos meses, al volver estaba más irritable agresiva, no respetaba a sus hermanos peleaba con ellos, era egoísta con ellos, no creía que había respeto ni tranquilidad.

Padres se separaron cuando tenía 2 años de edad debido a violencia física por motivo de celos, la madre se fue de la casa con sus hijos. El visitaba poco a sus hijos, porque piensa que su familia siempre la ha despreciado. La relación con el padre era distante porque su padre se fue a Huaraz desde que ella tenía 06 años, no apareció hasta que tenía 15 años lo contacta por teléfono, regresa 02 años después de hablar con él por teléfono

para llevarse a sus hijos y hacerles estudiar educación superior, el padre tomaba alcohol, se fueron a vivir a Huaraz allí ve tomar a su papá, y que se quedaba a dormir en la calle, veían la violencia que tenía con su madrastra quería cambiar a su papá, le dolía mucho que su papá no se diera cuenta que ella tenía necesidades básicas, la relación con su hermano es distante.

H. EXAMEN MENTAL:

Apariencia y Actitud: Aparenta la edad referida, con regular arreglo personal, fija la mirada, colabora con el interrogatorio, manipuladora.

Orientación: Orientado en tiempo, espacio y persona.

Memoria: Remota y reciente sin alteraciones

Atención y Concentración: Euprosexica.

Cálculo y Abstracción: Cálculo básico sin alteraciones.

Animo: Deprimido, ansiosa.

Afecto: Congruente

Percepción: Alucinaciones hipnagógicas.

Lenguaje: Tono y curso normal.

Pensamiento: Abstracto.

Juicio: Conservado

Introspección: Sin conciencia de enfermedad

I. EXAMEN FISICO:

- **Presión Arterial** : 100/60 mmHg.
- **Frecuencia Cardíaca** : 60 latidos por minuto.
- **Frecuencia Respiratoria** : 20 respiraciones por minuto.
- **Temperatura** : 37 °C
- **Examen General:** Aparente regular estado general, regular estado de nutrición, regular estado de hidratación, mucosas

orales húmedas, conjuntivas palpebrales rosadas, tejido celular sub cutáneo en regular cantidad, piel tibia, se aprecia herida suturada con 10 puntos de 15 cm en región anterior de pierna izquierda resto sin particularidades.

- **Examen por Sistemas:** Tórax y pulmones: murmullo vesicular pasa bien en ambos campos pulmonares. Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, normofonéticos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaereos normales. Neurológico: no signos meníngeos, ni de focalización. Hg. 13,5mg/dl.

J. IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

- 1.- Episodio Depresivo moderado a severo.
- 2.- Trastorno de Personalidad tipo Limite.

Indicaciones médicas;

- Observación permanente
- Evaluación psicológica, social
- Dieta complete
- CFV
- Complejo B cada 8 horas VO
- Haloperidol 5mg midazolam 5mg PRN EV
- Clonazepan 2mg 1noche VO

VALORACIÓN SEGÚN DOMINIOS:

DOMINIOS ALTERADOS	DATOS OBJETIVOS Y SUBJETIVOS
DOMINIO 1 PROMOCIÓN DE LA SALUD	Sin conciencia de la enfermedad Exposición a conductas de riesgo: Si Cumplimiento de régimen terapéutico: Farmacológico: Si Hábitos tóxicos: Consumo de Alcohol antes PBC Verbaliza preocupación por hospitalización y tratamiento Aspecto descuidado. Piensa que es mala, no quiere hacer cosas malas por lo que decide cortarse con una botella de vidrio, ya no quería seguir aquí, Tiempo de enfermedad: 10 años
DOMINIO 2 NUTRICIÓN	Tipo de dieta habitual: R. completo Intolerancias alimentarias: No Talla:1, 57 mts. Peso: 54 Kg Alteración del apetito: No Dieta prescrita: R. completo Vómitos/nauseas: No Piel y mucosas: Hidratada Hg. 13,5mg/dl
DOMINIO 3 ELIMINACIÓN	Problemas al orinar: No Incontinencia urinaria: No Incontinencia fecal: No
DOMINIO 4 ACTIVIDAD Y REPOSO	Se levanta descansado: No (incómodo por estar en el hospital) Utiliza ayuda para dormir: Si Autonomía para AVD: No Dificultad respiratoria: No Pasividad e inhibición Psicomotriz. Falta de energía para actividades por

	<p>medicación</p> <p>Duermen fuera de horas</p>
<p>DOMINIO 5 PERCEPCIÓN COGNICIÓN</p>	<p>Nivel de conciencia: Alerta</p> <p>Orientado: LEPT.</p> <p>Percepción: Alucinaciones hipnagógicas.</p> <p>Pensamiento: Abstracto.</p> <p>Dificultades para tomar decisiones, refiere que en su existencia todo está contra ella.</p>
<p>DOMINIO 6 AUTOPERCEPCIÓN</p>	<p>Animo: Deprimido, ansiosa.</p> <p>Falta planeación a futuro.</p> <p>Percepción pesimista y negativa de si mismo.</p> <p>Sentimiento de minusvalía, culpabilidad y de falta de utilidad</p>
<p>DOMINIO 7 ROL RELACIONES</p>	<p>Vive sola en casa de tía.</p> <p>Familia disfuncional.</p> <p>Se siente sólo con frecuencia.</p> <p>Aislamiento, abandono de las amistades.</p> <p>Indiferencia hacia todo lo que les rodea</p> <p>Familiares con trastornos mentales: hermana bisabuela materna tiene problemas mentales por eso le quitaron a su hijo.</p>
<p>DOMINIO 8 SEXUALIDAD</p>	<p>Actualmente no usa ningún método anticonceptivo, se identifica como hombre, de orientación heterosexual.</p> <p>Abuso Sexual o Tocamientos Indebidos: Niega.</p>
<p>DOMINIO 9 AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRES</p>	<p>Expresa satisfacción inmediata de la necesidad de consumir.</p> <p>Incomodidad por cambios en la rutina diaria, a veces no conciliar el sueño durante las noches.</p> <p>Familiares por presión de paciente desean pedir su alta.</p>
<p>DOMINIO 10 PRINCIPIOS VITALES</p>	<p>Creencia religiosa: Atea</p> <p>Tiene una creencia cultural de acuerdo su hospitalización: No</p> <p>No tiene planes a futuro</p>

DOMINIO 11 SEGURIDAD PROTECCIÓN	Procedimientos invasivos: No Riesgo de caídas: No Se aprecia herida suturada con 10 puntos de 15 cm en región anterior de pierna izquierda resto sin particularidades.
DOMINIO 12 CONFORT	Tiene dolor y o malestar: No
DOMINIO 13 CRECIMIENTO Y DESARROLLO	Crecimiento: Normal Desarrollo: Normal

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

DOMINIOS ALTERADOS	DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA
DOMINIO 1 PROMOCIÓN DE LA SALUD	.00078 Gestión ineficaz de su propia salud r/c conflicto de decisiones m/p dificultades con tratamientos prescritos
DOMINIO 4 ACTIVIDAD Y REPOSO	00095 Insomnio r/c depresión m/p expresa dificultad para conciliar el sueño
DOMINIO 5 PERCEPCIÓN COGNICIÓN	00130 Trastorno de los procesos del pensamiento r/c enfermedad mental m/p interpretación inexacta del entorno
DOMINIO 6 AUTOPERCEPCIÓN	00120 Baja autoestima situacional r/c cambio en su estilo de vida m/p dificultad para tomar decisiones
DOMINIO 7 ROL RELACIONES	00052 Deterioro de la interacción social r/c trastorno del autoconcepto m/p interacción disfuncional con los demás
DOMINIO 11 SEGURIDAD PROTECCIÓN	00150 Riesgo de suicidio r/c historia de intentos previos de suicidio.

PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS Y PRIORIDADES:

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	NOC	NIC	EVALUACIÓN
<p>00130 Trastorno de los procesos del pensamiento r/c enfermedad mental m/p interpretación inexacta del entorno</p>	<p>1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado</p> <p>Indicador:</p> <p>Su conducta indica una interpretación exacta del ambiente.</p> <p>Expone pensamiento basado en la realidad.</p> <p>Raramente demostrado (2)</p>	<p>6510 Manejo de alucinaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se administró medicamentos ansiolíticos, antipsicóticos. • Se asignó los cuidadores adecuados necesariamente. <p>2300 Administración de medicación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se observó los efectos terapéuticos de la medicación. • Se administró con la técnica y vía adecuadas. • Se ayudó al paciente a tomar la medicación. <p>5618 Enseñanza procedimientos/tto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realizó la Psicoeducación basada en conciencia de enfermedad, tratamiento, <p>4920 Escucha activa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se observó de signos y síntomas de la enfermedad mental. 	<p>Paciente manifiesta conductas parcialmente exacta de su interpretación del entorno.</p> <p><i>Escala de evaluación DIANA (3) A veces demostrado.</i></p>

		6486 Manejo ambiental: Seguridad <ul style="list-style-type: none"> • Se modificó el ambiente para minimizar los peligros y riesgos. 	
00078 Gestión ineficaz de su propia salud r/c conflicto de decisiones m/p dificultades con tratamientos prescritos	1813 Conocimiento régimen terapéutico. Indicador: Describe los beneficios del tratamiento de la enfermedad. Sustancialmente comprometido (2)	4480 Facilitar la autoresponsabilización <ul style="list-style-type: none"> • Se identificó las prácticas de salud que hay que cambiar y mantenga las que sean adecuadas. 	Paciente describe los beneficios el tratamiento de la enfermedad. <i>Escala de evaluación (3) Moderado comprometido.</i>
00095 Insomnio r/c depresión m/p expresa dificultad para conciliar el sueño	0004 Sueño. Indicador: Calidad del sueño Sustancialmente	1850 Mejorar el sueño. <ul style="list-style-type: none"> • Se enseñó las técnicas de inducción al sueño adecuadas (relajación, baño caliente, vaso de leche, infusiones). • Se estableció programa de actividades diarias para conciliar el sueño. (Ejercicios, Yoga, taichi, ludoterapia, entre otras). • Se administró medicación si era necesario para conciliar el sueño. 	Paciente refiere conciliar el sueño, sentirse descansado. <i>Escala de evaluación: (4)</i>

	<i>comprometido (2)</i>		<i>Levemente comprometido.</i>
00120 Baja autoestima situacional r/c cambio en su estilo de vida m/p dificultad para tomar decisiones	1205 Autoestima Indicador: Verbaliza autoaceptación Nunca positiva (1)	5270 Apoyo emocional <ul style="list-style-type: none"> • Se ayudó a que el paciente identifique lo bueno y positivo que tiene. 5400 Mejorar la autoestima <ul style="list-style-type: none"> • Se ayudó a confiar en su capacidad para controlar la situación. 6340 Prevención del suicidio <ul style="list-style-type: none"> • Se ayudó a realizar una lista de valores que guíen la conducta en distintos ambientes y situaciones. • Se ayudó a realizar una lista de lo que es y no es importante en la vida y del tiempo que ocupa en cada aspecto. 	Paciente verbaliza autoaceptación. <i>Escala de evaluación: (3). En ocasiones positiva.</i>
00052 Deterioro de la interacción social r/c	1502 Habilidades de interacción social Indicador:	4362 Modificación de la conducta: Habilidades sociales. <ul style="list-style-type: none"> • Se creó un ambiente que facilite la 	Paciente mantiene

<p>trastorno del autoconcepto m/p interacción disfuncional con los demás</p>	<p>Relaciones con los demás</p> <p>Raramente demostrado (2)</p>	<p>confianza, atmósfera de aceptación, sin juicios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se animó la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. • Se identificó las barreras de afirmación. • Se ayudó al paciente a que reconozca y reduzca las distorsiones cognitivas que bloquean la afirmación. • Se enfatizó la importancia de la capacidad activa de enfrentarse a los problemas. <p>4640 Ayuda para el control del enfado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se fomentó la consideración de las cuestiones y consecuencias de la conducta. • Se foment la implicación en relaciones sociales ya establecidas. • Se foment las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. • Se ayudó al paciente a que aumente la consciencia de sus virtudes y sus limitaciones, en la comunicación con los demás. • Se realizó actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las capacidades sociales. 	<p>buenas relaciones con los demás, no se encuentra soporte familiar constante.</p> <p><i>Escala de evaluación (3). A veces demostrado.</i></p>
--	---	---	---

		5440 Aumentar los sistemas de apoyo <ul style="list-style-type: none"> Se remitió la asistencia a programas comunitarios de fomento prevención, tratamiento y rehabilitación, si procede, Como Hospital de día. 	
00150 Riesgo de suicidio r/c historia de intentos previos de suicidio.	1204 Equilibrio emocional Indicador: Ausencia de ideas suicidas Autocontrol de impulsos suicidas Gravemente comprometido (2)	5230 Manejo de afrontamiento <ul style="list-style-type: none"> Se controló los impulsos, reconociendo ideas, gestos de la conducta suicida. Se apoyó en la toma de decisiones. Se disminuyó la ansiedad, reconociéndola por los signos y realizando técnicas de relajación según fue necesario. Se evaluó el afrontamiento hacia los diversos problemas que tuvo la paciente. 5250 Apoyo de toma de decisiones <ul style="list-style-type: none"> Se fomentó la adaptación. Se evaluó el control de los impulsos. Se manejó la conducta: hacia la autolesión. 5330 Control del humor <ul style="list-style-type: none"> Se animó al paciente a relacionarse socialmente y realizar actividades con otros 	Paciente identifica conductas impulsivas perjudiciales, no presentando ideas o impulsos suicidas durante su hospitalización. Escala de evaluación (3). Moderadamente comprometido

EJECUCIÓN DE INTERVENCIONES:

ACTIVIDADES	CRONOGRAMA DE FECHAS			
	25/3		26/3	
1. Valoración por Dominios - Recolección de datos - Revisión de información	X			
2. Diagnóstico de Enfermería - Selección de datos, análisis de datos - Formulación de diagnósticos		X	X	
3. Planificación de Objetivos y prioridades - Elaboración del plan			X	
4. Ejecución de intervenciones - Ejecución de actividades			X	X
5. Evaluación de los resultados - Evaluación de estructura - Evaluación de proceso - Evaluación de resultados				X

EVALUACIÓN DE RESULTADOS:

- Se logra recolectar datos para su valoración por dominios alterados, para luego formular los objetivos e intervenciones de enfermería, se ejecuta las acciones mientras se estuvo en el servicio.
- El paciente al término de la ejecución identifica las conductas perjudiciales y acepta continuar con el tratamiento.

CONCLUSIONES:

- La depresión es una enfermedad o trastorno mental compleja que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de las funciones psíquicas.
- Tras las sucesivas intervenciones, con el paciente se pudieron alcanzar parcialmente los objetivos propuestos, plantados en el plan de cuidados comprometiéndose a continuar el tratamiento terapéutico junto con el equipo de salud.
- Como enfermera especialista en salud mental y psiquiatría y aplicando la teoría de Peplau en la depresión, se logra mantener una relación interpersonal con el paciente, con el objetivo de brindar un cuidado integral conociendo su enfermedad, logrando la rehabilitación parcial del paciente.

RECOMENDACIONES:

- Es importante que los profesionales de enfermería conozcan sobre la depresión, que es un problema de salud mental compleja para lo cual debemos estar en constante capacitación.
- La rehabilitación del paciente debe ser tomada como compleja e integral, observando todas las esferas del ser humano, debiendo participar todos los profesionales comprometidos.
- Potenciar en los profesionales de enfermería del primer nivel de atención el trabajo en la población adolescente para captar los casos de depresión con el tamizaje aplicando el SQR, además de fortalecer los talleres de autoestima, habilidades sociales y control de ira.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) Rodríguez JJ. La Reforma de los servicio de Salud Mental: 15 años después de la declaración de Caracas. Organización Mundial de la Salud (OMS), Washington DC; 2007: p7, 12.
- 2) Gualdarrama L. Fisiopatología de la depresión. Lima: Editorial UNAM; 2016.
- 3) Charles B. Hallazgos recientes de la fisiopatología de la depresión. EUA: HANMART; 2014.
- 4) Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud. Disponible en http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F32.html
- 5) Ministerio de Salud. Vigilancia Epidemiologica Hospital Hipólito Unanue. Tacna: HHUT; 2016.
- 6) Ministerio de Salud. Guía Practice de Depresión. Lima: MINSA; 2010.
- 7) Rondón M. Salud Mental: Un problema de salud pública en el Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública 2013; 23(4): 237.
- 8) Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2012. Informe General. Anales de Salud Mental 2002; 18 (1): 81-82.
- 9) López M, Laviana M, Fernández L, López A, Rodríguez AM, Aparicio A. Lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev Asoc Esp Neuropsiq, 2008; 28(101): 45-49.
- 10) Goerg D, Fischer W, Zbinden E, Guimón J. Diferenciación en las representaciones sociales de los trastornos mentales y los tratamientos psiquiátricos. Eur J Psychiat 2007; 18 (4): 225- 234.

- 11) Jorm AF, Nakane Y, Christensen H, Yoshioka K, Griffiths KM, Wata Y. Public beliefs about treatment and outcome of mental disorders: a comparison of Australia and Japan. BMC Medicine 2005; 3 (12): 1-14.
- 12) Historia Clínica del Servicio de Psiquiatría del Hospital Hipólito Unnaue.
- 13) Organización Mundial de la Salud. Guías Práctica Clínica de la Depresión. Perú: MINSa; 2010.
- 14) Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el Mundo 2011. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.
- 15) Vezoli R. Actitud hacia los pacientes psiquiátricos: un estudio piloto en una ciudad del norte de Italia. Italia: Unidad de Rehabilitación Psiquiátrica, IRCCS; 2012. Gradillas O. Psicología Social. España: Plaza & Janes Editores; 2008.
- 12) Listado de Diagnósticos de Enfermería 2015-2017.
- 13) Trejo M.F. Enfermería y las ciencias sociales; un enfoque diferente o una necesidad para entender el cuidado. México: Revista Enf. Neurol; 2011.
- 14) Marriner Tomey, Ann; Raile Alligood, Martha. Modelos y Teorías en Enfermería, Ed. Harcourt, S.A., España, 2010: 186.