

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Título : Proceso de Atención en Enfermería en
Paciente con Diagnóstico de Depresión en el
Policlínico Naval de Ancón

Para optar : El Título Profesional de Licenciado en Enfermería

Autor : Bach. Max Andre Ylizarbe Moscoso

Asesora : Dra. Margoth Marleny Aguilar Cuevas

Línea de investigación de : Salud y Gestión de la salud

Universidad

Lugar o institución de : Policlínico Naval de Ancón

investigación

Lima - Perú
2022

Dedicatoria

A mis seres queridos y personas que siempre han creído en mi capacidad, a mi familia por recordarme constantemente el esfuerzo a lograr, en gran parte a la persona que actualmente me brinda todo su cariño y apoyo.

Max André

Agradecimiento

A la universidad y docentes por brindarme una formación académica integral en la carrera. A mi familia y seres queridos por brindarme todo su apoyo a lo largo de mi carrera, en especial, en los momentos de angustia y escasez.

Del mismo modo, a las personas que siempre han estado a mi lado brindándome motivación, consuelo y empuje moral día a día, a todos ellos, muchas gracias.

Autor

CONSTANCIA

DE SIMILITUD DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN POR EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN

La Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, hace constar por la presente, que el Trabajo de Suficiencia Profesional titulado:

PROCESO DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA EN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN EN EL POLICLÍNICO NAVAL DE ANCÓN

Cuyo autor (es) : **YLIZARBE MOSCOSO MAX ANDRE**
Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**
Escuela Profesional : **ENFERMERÍA**
Asesor (a) : **DRA. AGUILAR CUEVAS MARGOTH MARLENY**

Que fue presentado con fecha: 08/03/2023 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 08/03/2023; con la siguiente configuración del software de prevención de plagio Turnitin:

- Excluye bibliografía
- Excluye citas
- Excluye cadenas menores a 20 palabras
- Otro criterio (especificar)

Dicho documento presenta un porcentaje de similitud de 21%.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el Artículo N° 11 del Reglamento de uso de software de prevención de plagio, el cual indica que no se debe superar el 30%. Se declara, que el trabajo de investigación: si contiene un porcentaje aceptable de similitud.

Observaciones: Se analizó con el software una sola vez.

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 09 de marzo de 2023

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
Facultad de Ciencias de la Salud



[Firma]

Ph.D. EDITH ANCCO GÓMEZ
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 97 - DUI - FCS - UPLA/2023

c.c.: Archivo
EAG/vjshp

Contenido

I. PRESENTACIÓN.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Contenido	viiv
Contenido de tablas	vii
Contenido de figuras.....	vii
Resumen.....	vii
II. INTRODUCCIÓN	9
2.1 Planteamiento del problema.....	11
2.2 Diagnóstico socioeconómico y de la salud general	14
2.2.1 Diagnóstico socioeconómico	14
2.2.2 Diagnóstico de la salud general	14
2.3 Objetivos	16
2.3.1 Objetivo general.....	16
2.3.2 Objetivos específicos	17
III. MARCO TEÓRICO	18
3.1 Antecedentes de investigación.....	18
3.1.1 Antecedentes nacionales	18
3.1.2 Antecedentes internacionales.....	20
3.2 Bases teóricas	23
3.2.1 Definición de depresión	23
3.2.2 Tipología.....	24
3.2.3 Epidemiología.....	26
3.2.4 Etiología.....	27
3.2.5 Diagnóstico	32

3.2.6 Tratamiento.....	33
3.2.7 Complicaciones.....	34
3.2.8 Prevención	35
3.2.9 Cuidados de enfermería	35
3.2.10 Teoría de Marjory Gordon.....	36
3.2.11 Proceso de Atención en Enfermería	36
3.2.12 Taxonomías NANDA, NIC y NOC.....	37
IV. CONTENIDO.....	38
4.1 Historia clínica.....	38
4.1.1 Datos de afiliación	38
4.1.2 Antecedentes.....	39
4.1.3 Funciones biológicas	39
4.2 Examen clínico general.....	39
4.2.1 Examen físico	39
4.3 Evaluación integral	40
4.3.1 Exámenes auxiliares	40
4.4 Diagnóstico y pronóstico	41
V. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL.....	42
5.1 Formulación del plan de tratamiento general	42
5.2 Plan de control y mantenimiento	44
VI. DISCUSIÓN.....	51
VII. CONCLUSIONES	53
VIII. RECOMENDACIONES	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS.....	60

Contenido de tablas

Tabla 1. Variación de la depresión antes y durante la pandemia a nivel mundial.....	12
Tabla 2. Criterios diagnósticos para episodio depresivo, según CIE-10.....	30
Tabla 3. Criterios de gravedad de un episodio depresivo, según CIE-10.....	31
Tabla 4. Control de funciones vitales	39
Tabla 5. Medidas Antropométricas	39
Tabla 6. Examen físico	40
Tabla 7. Hemograma completo	40
Tabla 8. Bioquímica	40
Tabla 9. Análisis de orina.....	41
Tabla 10. Valoración de enfermería según los Patrones funcionales de Marjory Gordon. .	42
Tabla 11. Valoración por dominio funcionales según taxonomía NANDA.....	43
Tabla 12. Diagnósticos de enfermería	44
Tabla 13. Priorización de diagnósticos de enfermería.....	45
Tabla 14. Insomnio R/C depresión.	46
Tabla 15. Deterioro de la interacción social.	47
Tabla 16. Tendencias a adoptar conductas de riesgo para la salud.	48
Tabla 17. Mantenimiento ineficaz de la salud.....	49
Tabla 18. Riesgo de suicidio.	50

Contenido de figuras

Figura 1. Estimaciones de los trastornos mentales en América Latina y El Caribe.....	13
--	----

Resumen

El presente estudio presentó como objetivo general: aplicar el proceso de atención de enfermería en un paciente con depresión, que fue atendido en el Policlínico Naval de Ancón, Lima-2022. Por lo tanto, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) se basó según la taxonomía NANDA, NIC y NOC, el cual fue utilizado para realizar un adecuado plan de cuidados en el paciente con depresión de 29 años de sexo masculino; también se usó el instrumento para la valoración según los patrones de Marjory Gordon que permitió la priorización e identificación del diagnóstico actual del paciente. Por otro lado, el paciente poseía un cuadro clínico de depresión con síntomas como insomnio, sensación de fracaso por abandono o desmotivación, y riesgo de suicidio; por lo cual, el PAE permitió la recuperación significativa del paciente. Concluyendo que la aplicación adecuada del PAE presentó mejoría en su salud, lo cual evidenció la importancia de las taxonomías NANDA, NOC y NIC para el desarrollo de acciones sistematizadas e independientes satisfaciendo las necesidades del paciente.

Palabras claves: Plan de cuidado de enfermería, Marjory gordon, Valoracion, taxonomia, Depresión.

Abstract

The present research had as an general objective, to apply the Nursing Process on a patient with depression, who was treated at the "Policlinico Naval de Ancón" in Lima 2022". Therefore, the Nurse Process was based on the NANDA, NIC and NOC taxonomies, which was used to carry out an adequate Care Plan in the 29 years old male patient with depression; the instrument of evaluation in the Assesment nurse step was the Marjory Gordon's Functional Patterns way, which allowed to prioritize and identificate the patient current nurse diagnostic. By the other hand, the patient had a clinical picture of depression with symptoms such as Insomnia, failure feeling due to abandonment or lack of motivation and Suicide risk; in consequence the NP led to the significant patient recovery. Concluding the adequate aplicattion of NPA allowed to the recovery of patient's health which, showed the importancy of the aplicattion of NANDA, NIC and NOC taxonomies for the development of systematized and independant actions which satisfied pacient's nessecities.

Keywords: Nurse Process, Assesment, Marjory Gordon, Taxonomy, Depression.

II. INTRODUCCIÓN

La depresión es comprendida como una alteración del estado anímico del individuo, donde experimenta sentimientos de tristeza, soledad, culpa excesiva e irritabilidad, lo cual indica una disminución en la experiencia del placer y una tendencia en el desinterés por las actividades que conforman parte de la cotidianidad afectando su interacción social, familiar y personal (1). Es un diagnóstico que tiende a presentarse antes de los 18 años en el 26% de los casos; asimismo, se concibe como una secuencia de episodios asociados a factores de riesgo de carácter psicológico y social, relacionados principalmente a la interacción sociodinámica con el contexto de convivencia y coyunturas basadas en violencia, desorden e inseguridad (2).

También la depresión comprende el episodio depresivo que se subdivide en el episodio depresivo leve, episodio depresivo moderado, episodio depresivo grave con/ sin síntomas psicóticos, otros episodios depresivos (depresión atípica, depresión enmascarada) y trastorno depresivo SAI o depresión SAI; asimismo, comprende el trastorno depresivo recurrente, que se relaciona con la hiperactividad y la presentación de manías, destacando que ambas tipologías engloban síntomas característicos de la depresión, siendo variables entre estas acorde al índice de gravedad (3).

Por consiguiente, los profesionales en enfermería deben enfatizar la planificación de un proceso de atención en enfermería (PAE), instrumento que faculta la extensión de atención primaria a pacientes con insatisfacción en sus necesidades principales, cuya estructura está compuesta por cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, facultando una intervención sistemática y ordenada, individualizada acorde a las necesidades presentadas en el paciente (4).

De esta forma, el presente trabajo de suficiencia profesional tuvo como objetivo realizar la valoración de enfermería en un paciente con diagnóstico de depresión atendido en

el Policlínico Naval de Ancón, ubicado en Lima durante el año 2022, por lo cual, se estructuró a través del siguiente esquema: en el capítulo I se presentó las generalidades del trabajo, en el capítulo II se expuso el planteamiento del problema, diagnósticos relevantes y objetivos principales y específicos; asimismo, en el capítulo III se demarcó antecedentes sobre casos de depresión y bases teóricas, permitiendo la comprensión de este diagnóstico en el ámbito enfermero; en el capítulo IV se mostró el desarrollo del caso clínico y en el capítulo V se expuso el plan de cuidados elaborados con el énfasis en las necesidades del paciente aplicando NANDA, NOC y NIC. En los capítulos VI, VII y VIII, refieren las discusiones, conclusiones y recomendaciones del trabajo, finalizando con las referencias y anexos del estudio.

2.1 Planteamiento del problema

En el panorama clínico, la depresión es considerado como un trastorno de ánimo, caracterizado principalmente por la alteración del humor, demostrando que está basado en el sentimiento subjetivo de tristeza y desesperanza, siendo variable con la temporalidad y raíz etiológica, posicionándose en algunos casos como una respuesta emocional en episodios de pérdida significativa y en coyunturas divergentes como coadyuvante de episodios hipomaniacos; del mismo modo, se distingue el trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno de bipolaridad (1).

A nivel internacional, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), al 2021 la depresión se ha situado como un trastorno mental común, dado que aproximadamente 280 millones de personas padecen esta afección, enfatizando su impacto en la población adulta, con un porcentaje del 5% en adultos menores de 60 años y 5,7% superior en dicho rango etario, causando más de 700 000 suicidios de forma anual y situándose como la cuarta causa de morbilidad en personas de 15 a 29 años (5). Asimismo, se ha visualizado una prevalencia de problemas de salud mental posterior a la pandemia por

COVID-19, con un aumento del 27,6% en los casos de depresión, 35,6% en los casos de ansiedad y una etiología basada en la incertidumbre, lo que implicó una tendencia en aumento en los casos presentados a nivel holístico; por otra parte, la OMS señaló variaciones en distintos grupos; a nivel general, se obtuvo en el área de salud una variación de 0,67; en los trabajadores, se obtuvo una variación de -0,16 y en los pacientes de COVID-19, se obtuvo una variación de 0,48, en consideración a un proceso de atención en instituciones médicas de gestión públicas y en los cambios determinados como la resta entre lo expuesto antes y durante la coyuntura pandémica a partir de la representación de una muestra social con las características asignadas por grupo, presentado en la Tabla 1 (6).

Tabla 1. *Variación de la depresión antes y durante la pandemia a nivel mundial*

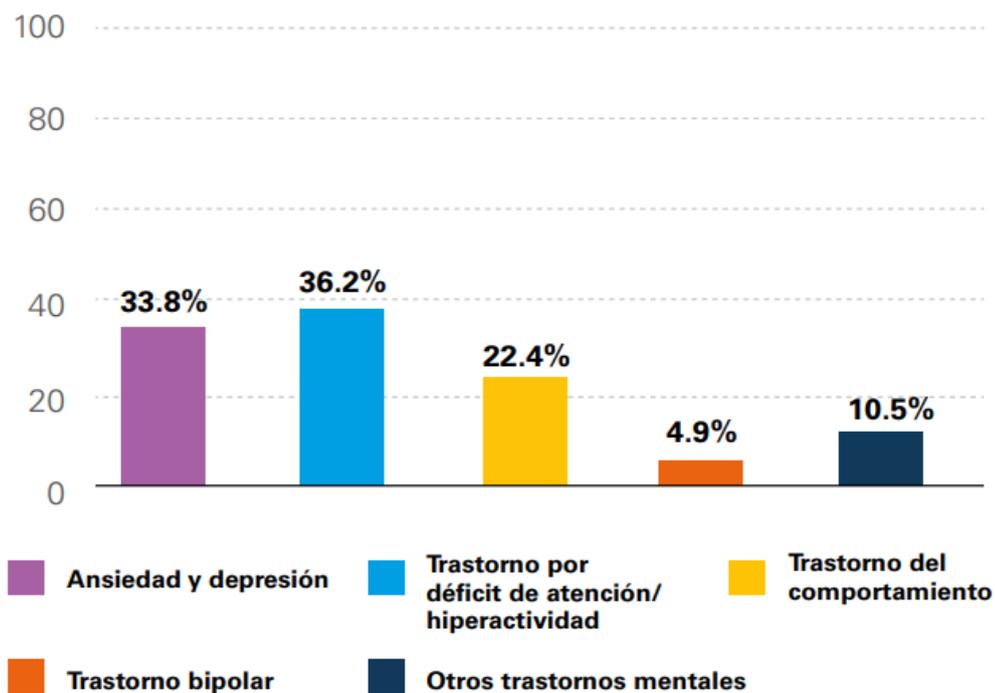
Depresión	Población	Estudios	Muestra agrupada	Efecto combinado
Antes vs. durante la pandemia	General	25	60 213	Salud pública y muestra social = 0,67
Antes vs. durante la pandemia	Trabajadores de salud	14	2 226	Salud pública y muestra social = -0,16
Antes vs. durante la pandemia	Pacientes de COVID-19	07	1 461	Salud pública y muestra social = 0,48

Fuente: Datos obtenidos del estudio de Kunzler AM, Röthke N, Günthner L, Stoffers-Winterling J, Tüscher O, Coenen M, et al. (2021), citado por la Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2022).

En el contexto latinoamericano, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) enfatiza la brecha en la salud mental de residentes en América Latina y el Caribe, señalando que el 77,9% padece trastornos afectivos, lo cual engloba el 73,9% por casos clínicos de depresión, con mayor prevalencia en adolescentes del rango etario de 10 a 19 años con el 33,8%, siendo el segundo trastorno mental con mayor afección en la región latinoamericana, con estimación de suicidio del 65% en niños y 35% en niñas, detrás del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) presentados en la Figura 1 (7). Cabe resaltar que la prevalencia de esta tendencia ha incurrido en un costo estimado del producto interno bruto (PIB) basado en el valor del capital mental perdido, ascendiendo a US\$ 30 600 millones en

América Latina y el Caribe, por lo que ha implicado una disminución en el PIB del continente hispano (8).

Figura 1. Estimaciones de los trastornos mentales en América Latina y El Caribe.



Fuente: Datos obtenidos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia ([UNICEF], 2021).

En el ámbito nacional, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), indica que más de un millón 300 mil casos de depresión han sido atendidos durante el año 2021, por lo que se subraya un incremento del 12% frente a años precedentes a la emergencia sanitaria, haciendo énfasis en la tendencia ascendente de factores estresantes que coadyuvan los cuadros de depresión severa (9). Frente a ello, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ha señalado una atención comunitaria de la salud, puesto que existe un desfase entre la necesidad de tratar los trastornos locales y la disponibilidad de los servicios de salud mental, haciendo énfasis en la relevancia del aumento de estos centros y la aprobación de leyes relacionadas a la salud mental (8).

A nivel local, en el Policlínico Naval de Ancón se han presentado casos de depresión en adultos jóvenes, cabe precisar que se consideró un caso clínico de un paciente masculino

de 29 años con diagnóstico médico de depresión, dado que ingresó al policlínico por sobredosis de pastillas, motivo por el cual se tuvo como objetivo principal aplicar el proceso de atención de enfermería en el paciente con diagnóstico en depresión, así como realizar la valoración de enfermería correspondiente, identificar y priorizar los diagnósticos en enfermería, realizar el plan de cuidado enfermero y finalmente evaluar dicho impacto en el paciente, facultando la mejora del abordaje de esta afección por parte del personal en enfermería.

2.2 Diagnóstico socioeconómico y de la salud general

2.2.1 Diagnóstico socioeconómico

El paciente con iniciales F.O.V. de sexo masculino, tiene 29 años de edad, con estado civil soltero, con ocupación en el sector bancario, religión católica, grado de instrucción superior, siendo su lugar de nacimiento el departamento de Lima; llevando su tratamiento en el Policlínico Naval de Ancón. Respecto a la situación socioeconómica del paciente, no fue indicado en la historia clínica; debido a que accede por su seguro con el centro de salud. Sin embargo, se estima según la información correspondiente al entorno social una clasificación donde el 34.6% se encuentra en un nivel socioeconómico A, 45.2% en un nivel B, 14% en un nivel C, el 5% en un nivel D y el 1.2% en un nivel E; por ende, es identificado como un espacio residencial, caracterizado por presentar habitantes con alto poder adquisitivo, acceso educativo y zonas urbanas. (10).

2.2.2 Diagnóstico de la salud general

La depresión es un trastorno mental afectivo común y tratable, que se ha posicionado como el producto que surge entre la confianza en uno mismo y el grado de conexión social que tiene el individuo, en consideración a la experiencia de pertenencia a una relación social o red, relacionados al ámbito afectivo del individuo; en los últimos años, se determinó como un asunto relevante en el plano global, dado que tiene un efecto perjudicial en la salud diaria,

el contacto físico y en la inserción social, con mayor agravamiento durante la emergencia sanitaria por COVID-19, puesto que ha involucrado una reducción en la percepción del colectivo social (11).

Igualmente, representa un problema relevante en la salud pública, dado que mantiene una prevalencia elevada a nivel global, puesto que afecta a más de 450 millones de personas, siendo asociada en un 13% a las enfermedades referidas al bienestar físico; en América Latina y el Caribe, mantiene un 77,9% de incidencia en cuanto a los trastornos afectivos, señalando el 73,9% para la depresión; por otra parte, México ocupa el primer lugar en discapacidad, indicando una coyuntura similar en Chile y Colombia; en el caso de Perú, un total de 313 455 casos han sido atendidos a en los centros de servicios de salud mental, involucrando una tendencia ascendente frente a años precedentes (7).

En cuanto a los factores de riesgo, la depresión puede estar vinculado factores genéticos y ambientales, adicionalmente con la fisiopatología del estrés crónico por las alteraciones anatómicas y déficits cognitivos, que son observadas en la depresión como la disminución del volumen del hipocampo, la corteza prefrontal, entre otros, por lo tanto, la acumulación de estresores que no pueden ser controlados, sedenterismo, alimentación inadecuada y la escasas de ambientes de esparcimiento generan un mayor potencial depresogénico; en consecuencia, se sugiere tener un estilo de vida, donde se considere las interacciones social, ejercicio, eventos recreativos, dieta balanceada y otros con la finalidad de obtener estrategias para manejar la depresión y mejorar la salud integral (12).

Por otro lado, la evidencia sugiere que la depresión puede ser desarrollada a raíz de las pérdidas que enfrenta el ser humano, tales como económicas, sociales, emocionales, funcionales, físicas, cognitivas y biológicas, donde el envejecimiento es descrito como un proceso de ajuste y adaptación que puede inducir al incremento de la vulnerabilidad para experimentar depresión (13). De la misma manera, la evidencia sugiere que otro factor

relacionado a la depresión es la ausencia de pareja, la cual puede ser provocada por la viudez, separación o soltería; por otro lado, otros autores mencionan que la falta de redes de apoyo es uno de los factores sociodemográficos de la depresión, a raíz de la ausencia de redes que brindan un soporte instrumental y emocional (14).

En Lima, una de cada ocho personas (11,8%) ha sufrido algún trastorno mental; del mismo modo, las afecciones es en varones con el 5.3% en hombres y 6.5% en mujeres; mientras que el 57.2% de la población de Lima Metropolitana sufre de estrés de moderado a severo, causado principalmente problemas de salud, económicos o familiares, el cual fue incrementado durante la pandemia COVID 19, cabe destacar estas cifras por el estrés puede tornarse un trastorno mental con cuadros de ansiedad o depresión (15). Por otro lado, este trastorno se asocia por la demanda del estilo de vida independiente, desafíos de carácter académico, conflictos familiares o conyugales, que convergen en el riesgo de suicidio, sobre todo en las personas con una mayor vulnerabilidad (16).

Finalmente, el paciente ingresó al Policlínico Naval de Ancón el 20 de noviembre del 2021 con un cuadro clínico de depresión, señalando insomnio, sensación de fracaso por abandono y desmotivación, y riesgo de suicidio. También, se presentó una frecuencia cardíaca de 72lpm, frecuencia respiratoria de 10rpm y una presión arterial de 110/70mmHg. En consideración al examen clínico general y el análisis del personal en enfermería y medicina, se diagnóstico depresión en el paciente.

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo general

Aplicar el proceso de atención de enfermería en un paciente con diagnóstico de depresión atendido en el Policlínico Naval de Ancón, Lima-2022.

2.3.2 Objetivos específicos

- Realizar la valoración de enfermería en un paciente con diagnóstico de depresión atendido en el Policlínico Naval de Ancón, Lima-2022.
- Identificar y priorizar los diagnósticos de enfermería NANDA en un paciente con diagnóstico de depresión atendido en el Policlínico Naval de Ancón, Lima-2022.
- Realizar un plan de cuidado enfermero según las taxonomías NOC y NIC en un paciente con diagnóstico de depresión atendido en el Policlínico Naval de Ancón, Lima-2022.
- Evaluar el cuidado enfermero en un paciente con diagnóstico de depresión atendido en el Policlínico Naval de Ancón, Lima-2022.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes de investigación

3.1.1 Antecedentes nacionales

Mariñas, O., desarrolló un estudio de caso en Lima en el año 2021, se presentó el caso de un paciente de 17 años de edad con un diagnóstico médico de ansiedad y depresión, con el objetivo de identificar el problema, realizar y aplicar el plan de cuidado en enfermería, **utilizando la teoría de Marjory Gordon**. Se realizó la valoración según NANDA y se determinaron las taxonomías NOC y NIC, desde los cuales se determinó los diagnósticos enfermeros **ansiedad (00146), insomnio (00095) y riesgo de suicidio (00150)**. Se concluyó en un plan de cuidados de enfermería individualizado, fortaleciendo los dominios de afrontamiento/tolerancia al estrés, actividad/reposo y seguridad/protección. Se determinaron las necesidades reales y potenciales del paciente, incentivando el cumplimiento de las intervenciones impuestas y estabilizando el estado emocional y espiritual del paciente (17).

Ordóñez, L., desarrolló un estudio de caso en Lima en el año 2018, se presentó el caso de una paciente de 21 años con un diagnóstico médico de depresión, con el objetivo de dar a conocer la relevancia del cuidado y actuar profesional mediante el PAE, **utilizando la teoría de Peplau**. Se realizó la valoración según NANDA y se determinaron las taxonomías NOC y NIC, desde los cuales se determinó los **diagnósticos enfermeros gestión ineficaz de su propia salud (00078), insomnio (00095), trastorno de los procesos del pensamiento (00130), baja autoestima situacional (00120), deterioro de la interacción social (00052) y riesgo de suicidio (00150)**. Se concluyó en un plan de cuidados de enfermería individualizado, fortaleciendo los dominios de promoción de la salud, actividad y reposo, percepción/cognición, autopercepción, rol/relaciones, afrontamiento/tolerancia al estrés. Se determinaron las necesidades reales y potenciales

del paciente, permitiendo un cuidado integral y logrando la rehabilitación parcial de la paciente (18).

Alarcón, Y. desarrolló una investigación en Lima en el año 2020, donde se presentó el caso de una paciente de 64 años con un diagnóstico médico de depresión, con el objetivo de describir los cuidados de enfermería en pacientes con depresión. Se realizó la valoración según NANDA y se determinaron las taxonomías NOC y NIC, desde los cuales se identificaron los diagnósticos **gestión ineficaz de su propia salud (00078), insomnio (00095), trastorno de los procesos del pensamiento (00130), baja autoestima situacional (00120), riesgo de relacion ineficaz (00229) y duelo complicado(00135)**; se logró la rehabilitación parcial de la paciente, destacando la socialización con sus familiares. Se concluyó en un plan de cuidados de enfermería individualizado, fortaleciendo los dominios de promoción de la salud, actividad y reposo, percepción/cognición, autopercepción, control de riesgos, socialización, afrontamiento/tolerancia al estrés y apoyo en toma de decisiones; además, comprometiendo a la paciente a seguir con su tratamiento terapéutico junto con el equipo de salud (19).

Arostegui, D.; Muñoz, L. y Rojas, M. desarrollaron un estudio de caso en Tacna en el año 2022, se presentó el caso de un paciente de 35 años con un diagnóstico médico de depresión con antecedentes de ansiedad, con el objetivo de lograr la recuperación total en poco tiempo de la funcionalidad y el abordaje correcto de la enfermedad. Se obtuvo como resultado mejorar su estado anímico a base del tratamiento individualizado y respetando el tiempo oportuno para su recuperación usando una **valoración según NANDA y se determinaron las taxonomías NOC y NIC**, desde los cuales se definieron los diagnósticos **disconfort físico (00214), trastorno del patrón del sueño (00198), estilo de vida sedentario (00168), baja autoestima (00120) y aislamiento social**

(00168). Se concluyó que las intervenciones sugeridas con base de cuidados con respecto a respuestas humanas y contexto biopsicosocial del usuario cubren las necesidades del paciente adulto a través de cuidados enfermeros de manera segura y eficaz. (20)

Guevara, S. realizó un estudio de caso en Lima en el año 2021, se presentó el caso de un paciente de 44 años con un diagnóstico médico de depresión relacionado a la hospitalización de COVID19 y diagnóstico de neumonía viral, produciendo síntomas de anorexia. Se tuvo como objetivo aplicar un proceso de atención que contrarreste la morbilidad y mortalidad de los pacientes de coronavirus usando una valoración según **NANDA y se determinaron las taxonomías NOC y NIC**, y mejorar su estado anímico a base del tratamiento individualizado. Como resultado se definieron los diagnósticos **afrontamiento inefectivo (00069), deterioro de la interacción social (00052), estilo de vida sedentario (00168), baja autoestima situacional (00120) y aflicción crónica (00137)**. Se concluyó que las intervenciones sugeridas en una base de cuidados con respecto a respuestas humanas de potenciación de la socialización (5100), identificación de riesgos (6610) que le permitió expresar sentimientos sobre su salud, refiere mejoría del estado de ánimo y sigue un programa de ejercicio. (21)

3.1.2 Antecedentes internacionales

Rosero, V., Alegría, M., Rosero, S., Autor, M., desarrollaron un estudio de caso en España en el año 2021, se presentó el caso de una paciente de 24 años de edad con un diagnóstico médico de depresión, con el objetivo de realizar el plan de cuidado en enfermería en torno a las necesidades detectadas por la valoración enfermera, **utilizando la teoría de Marjory Gordon**. Se realizó la valoración según NANDA y se determinaron las taxonomías NOC y NIC, desde los cuales se determinaron los diagnósticos enfermeros **baja autoestima situacional (00120), desesperanza (00124), deterioro de la regulación del estado de ánimo (00241) y gestión ineficaz de la salud (00078)**. Se

concluyó en un plan de cuidados de enfermería individualizado, fortaleciendo los dominios de auto percepción, afrontamiento/tolerancia al estrés, principios vitales y confort. Se identificaron las necesidades reales y potenciales del paciente, fomentando la evaluación crítica de sus acciones y reduciendo los riesgos asociados a la depresión (22).

Ortega-López et al., desarrollaron un estudio de caso en México en el año 2021, se presentó el caso de una paciente de 15 años con un diagnóstico médico de depresión mayor, con el objetivo de implementar el proceso enfermero para los cuidados, **utilizando la teoría de Marjory Gordon**. Se realizó la valoración según NANDA y se determinaron las taxonomías NOC y NIC, desde los cuales se establecieron los diagnósticos enfermeros **deterioro de la regulación del estado de ánimo (00088), afrontamiento ineficaz (00069), ansiedad (00146), fatiga (00093), desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002), automutilación (00151) y riesgo de suicidio (00150)**. Se concluyó en un plan de cuidados de enfermería individualizado, fortaleciendo los dominios de salud psicosocial y la clase bienestar psicológico. Se precisaron las necesidades reales y potenciales del paciente, promoviendo la escucha activa de las emociones del paciente y la inclusión de intervenciones psicológicas, farmacológicas y psicosociales en el tratamiento (23)

Gastezzi, L., desarrolló un estudio de caso en Ecuador en el año 2020, se presentó el caso de una paciente de 25 años con un diagnóstico médico de depresión, con el objetivo de aplicar el PAE, realizar la valoración, diagnóstico, plan de cuidados y evaluación de evolución de la paciente, **utilizando la teoría de Marjory Gordon**. Se realizó la valoración según NANDA y se determinaron las taxonomías NOC y NIC, desde los cuales se definieron los diagnósticos enfermeros **deterioro generalizado del adulto (00101) y déficit de autocuidado: alimentación (00102)**. Se concluyó en un plan de cuidados de enfermería individualizado, fortaleciendo los dominios de nutrición, actividad y reposo y

afrontamiento/tolerancia al estrés. Se determinaron las necesidades reales y potenciales del paciente, facultando cambios en su estado de ánimo, mejoras en el apetito y sueño, desembocando en su recuperación con el tratamiento (24).

Diaz, D. desarrolló una investigación en Ecuador en el año 2022, donde se presentó el caso de una paciente de 16 años con un diagnóstico médico de depresión grave con síntomas psicóticos; con el objetivo de ejemplificar el proceso de atención de enfermería en paciente con trastorno depresivo grave; además, **uso la teoría de Marjory Gordon.** Se realizó la valoración según NANDA y se determinaron las taxonomías NOC y NIC, desde los cuales se definieron los diagnósticos enfermeros **de privación del sueño (00096) e incumplimiento del tratamiento (00079).** Se concluyó que un plan de cuidados de enfermería es la herramienta de aplicación que permite justipreciar los cuidados hacia los pacientes fortaleciendo los dominios de salud funcional y salud psicosocial (25).

Rocafuerte, C. realizó una investigación en Colombia en el año 2018, donde se presentó el caso de una paciente de 32 años con un diagnóstico médico de trastorno depresivo mayor, que mantiene un seguimiento con psicología y psicoterapia; por tanto, el objetivo fue aplicar el proceso de atención de enfermería en un paciente con trastorno depresivo; además, usó la metodología **según la teoría de Marjory Gordon.** Además, utilizó la valoración según NANDA y se determinaron las taxonomías NOC y NIC. Obtuvo como resultado del diagnóstico enfermero las características **de riesgo de suicidio, relacionado con desesperanza y verbalización de ideas de muerte y marcadas características melancólicas crónicas.** Se concluyó que tras las intervenciones realizadas son la desaparición de las ideas suicidas, expresión esperanza, bienestar emocional y su pronta participación laboral y social (26).

3.2 Bases teóricas

3.2.1 Definición de depresión

La depresión es un trastorno mental caracterizado por ser un proceso multifactorial de afecciones ligadas a la variación del estado de ánimo de la persona, principalmente por sentimientos de tristeza, situándose como el **resultado de la interacción** entre situaciones de **estrés y elementos cognitivos** aprendidos que implican la **vulnerabilidad** en la persona, también denominado como diátesis, siendo aprendida durante los primeros años de la infancia y otorgando una vulnerabilidad cognitiva al individuo durante la etapa adulta (27). A nivel epidemiológico, ha conllevado un incremento progresivo en el plano global, dado que constituye uno de los trastornos más registrados en la población, aunado a la persistencia de la tristeza, ansiedad, el sentimiento de vacío, pérdida de esperanza, presentación de pesimismo, impotencia, desinterés, pérdida de energía, dificultad de concentración y toma de decisiones, insomnio o hipersomnia, generando una afección subrayada en las personas jóvenes (28).

Del mismo modo, involucra repercusiones en el ámbito físico y mental, **indicando que en el caso de los niños y adolescentes suele tener una duración corta, siendo contrario en la población adulta**, puesto que la depresión infantojuvenil suele tener etiología biológica con mayor recurrencia, por lo cual las conductas disfuncionales y el estancamiento en el rango etario superior a los 18 años requieren de tratamiento farmacológico y psicológico con más frecuencia (29).

Asimismo, la depresión es un diagnóstico asociado al empeoramiento de la funcionalidad constante del estilo de vida, situándose como una reacción de tipo emocional frente a sucesos problemáticos, agrupando trastornos de gravedad variable, como el trastorno depresivo mayor, la distimia, con distintos tipos de intensidad o el caso de los trastornos de adaptación, siendo una enfermedad que es convergente con el campo

situacional, y con mayor índice de recaídas en el grupo de trastornos asociados a la afección de la salud mental (30).

Cabe resaltar que este trastorno está relacionado a la afectación de la salud mental, comprometiendo aspectos como la atención, la facultad de tomar decisiones, deserción académica, disminución del rendimiento escolar e impedimento de desarrollo personal y profesional, dado que implica un impacto negativo en la funcionalidad del individuo, un impedimento en el establecimiento de las relaciones sociales, disfuncionalidad en el desempeño laboral entre otros aspectos que cambian acorde a su intensidad, siendo esta enfermedad diagnosticada a través de una evaluación especializada por parte de un profesional en psiquiatría (31).

En el ámbito psicológico, la depresión se concibe desde dos enfoques: el enfoque conductual, que entiende este trastorno como una relación entre falta de esfuerzo y conducta; y el enfoque cognitivo, alineado a la comprensión de la depresión como la distorsión de los pensamientos, coadyuvándolo a la negación de sus sentimientos, indicando que ambas propuestas enfatizan la patogénesis depresiva en la convergencia de los factores biológicos, psicológicos y sociales (32).

3.2.2 Tipología

De acuerdo con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) y el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría, se consideran dos tipos de depresión, incluyendo el episodio depresivo (F32) y el trastorno depresivo recurrente (F33), indicando que en ambas categorías se presenta el ánimo depresivo, el desinterés de las actividades cotidianas, pérdida de placer y aumento de la fatiga, con una duración mínima de dos semanas (3). Por otra parte, también se engloba el trastorno de depresión mayor DSM-IV, que tiene una mayor incidencia en los jóvenes, cuya sintomatología es vinculada

con el estado de ánimo depresivo durante la mayor parte del día, disminución del interés y placer, irritabilidad y malhumoración, insomnio o hipersomnia, dificultad de concentración y disminución de rendimiento académico, siendo divergente con la primera tipología debido al grado de gravedad (33).

En el episodio depresivo (F32), se distinguen los episodios **depresivo de tipo leve**, que comprende la tensidad del paciente pero indica la continuación de sus actividades diarias; del mismo modo, comprende **el episodio depresivo moderado**, que abarca cuatro síntomas a más, además involucra una mayor dificultad para el ejercicio de sus actividades cotidianas; igualmente, engloba el **episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos**, que engloba síntomas característicos como la angustia, sentimiento de inutilidad, culpa, pérdida de autoestima y acciones suicidas; finalmente, también se presentan otros episodios depresivos como depresión atípica, depresión enmascarada, depresión SAI o trastorno depresivo SAI (3). Igualmente, se relaciona a la anhedonia, inhibición psicomotriz y alteraciones en el sueño y el apetito; también, al ser un trastorno que comprende menos síntomas, con una duración aproximada de dos semanas, sin la manifestación de síntomas hipomaniacos y maniacos y sin un origen etiológico referente al consumo de estupefacientes o trastorno mental de carácter orgánico (34).

En **el trastorno depresivo recurrente** (F33), se presenta una secuencia de episodios depresivos, con consecuencia en cada uno de estos sucesos, precisando que en la intersección de estos episodios se manifiestan elevaciones del ánimo en un lapso breve, hiperactividad, manías; en cuanto a su forma más grave, el trastorno depresivo recurrente es relacionado con la depresión maníaco-depresiva, depresión endógena, depresión reactiva, reacción depresiva y trastorno depresivo de tipo estacional (3). Cabe resaltar que este trastorno no mantiene un rango etario de aparición; no obstante, tiende a originar rentabilidad en los adolescentes; además, involucra la pérdida de la capacidad crítica,

tristeza excesiva, conflictos intrapersonales y disminución de la autoestima, subrayando que la sensibilidad del paciente faculta la gravedad de su impacto (35).

3.2.3 Epidemiología

En referencia a la distribución epidemiológica de la depresión, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado la prevalencia de esta afección a nivel global por la cuantificación de casos en las regiones de su jurisdicción; en la región de las Américas, se ha determinado que el 15% de la población padece depresión; en la región de África ha englobado el 9% de su grupo poblacional; en la región de Asia Sudoriental ha comprendido el 27% de las personas residentes en la zona; en la región de Europa, ha incluido el 12% de la población; en la región del Mediterráneo Oriental, ha determinado que el 16% de habitantes tiene esta afección y en la región del Pacífico Oriental, ha englobado el 21% de personas residentes con depresión, obteniendo un total de 322 millones de personas en todo el mundo que padecen este trastorno mental (36).

Igualmente, la depresión representa el 40% de los trastornos mundiales en el mundo, con un mayor índice de prevalencia en las regiones de Oriente Medio, África del Norte, América del Norte y Europa Occidental, involucrando una pérdida de 340 200 millones de dólares anuales debido a la alta tasa de incidencia (8). Desde esta perspectiva, se señala que tiene una inclinación de aparición desde los 14 años de edad, sin ser diagnosticados la gran parte de los casos referentes, por lo que este problema de salud pública mantiene una tendencia ascendente a posicionarse como la primera causa de discapacidad en los siguientes años (37).

En Sudamérica, este trastorno mental se ha posicionado como la primera causa de discapacidad al 2018 con el 5% de incidencia en la población adulta, siendo una de las enfermedades más frecuentes en la población femenina dada su prevalencia durante el periodo de gestación y posnatalidad en el 15,6%; por otra parte, se destaca una mayor

incidencia de depresión menor en un 80% de los casos clínicos diagnosticados, obteniendo un porcentaje minoritario del trastorno de depresión mayor en el 4,9% de los pacientes (38). En el caso peruano, 1 de cada 4 personas padecen depresión, indicando una tendencia de suicidio de 9,2 personas por cada 100 000, cifra relevante en consideración al impacto mundial de 300 millones de individuos residentes en los países que comprende la Organización Mundial de la Salud (39).

Respecto a los grupos vulnerables, la depresión tiene un mayor impacto en el adulto mayor, puesto que se determina una vulnerabilidad mayúscula en las personas pertenecientes al rango etario superior a los 60 años por los factores contextuales y el deterioro de su condición de salud; en efecto, en México se ha reportado casos de depresión que comprenden entre el 60% de la población adulta, Colombia, el 47% de adultos mayores tienen esta afección, en Chile se ha presentado una prevalencia entre el 7,6% y 16,3%, destacando que esta situación también se manifiesta en el Perú, que reporta el 15,97% de pacientes de la tercera edad con depresión (40).

En cuanto a los niños, jóvenes y adolescentes, también son considerados como parte de un grupo vulnerable al igual que los adultos mayores, siendo afectados por el padecimiento depresivo, desde lo cual, parte el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), demarcando que el 19% de jóvenes entre 15 a 24 años han sido diagnosticados con depresión; asimismo, este trastorno mental es la tercera causa de muerte más común, por lo que se resalta que 45 800 adolescentes al año cometen suicidio por depresión, es decir, un adolescente cada 11 minutos, con una mayor frecuencia frente a enfermedades como tuberculosis, violencia e inclusive accidentes de tránsito (8).

3.2.4 Etiología

Entre los factores asociados a la causa de la depresión, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) determina cuatro tipos de factores que

indican el diagnóstico de este trastorno mental: los factores individuales, que comprende sintomatología precedente desde la **historia clínica familiar**, con énfasis en el impacto negativo a la calidad de vida; **los factores familiares**, que engloba la disrupción en el grupo familiar, la violencia doméstica, sucesos relacionados al estrés y padres punitivos o laxos; **factores sociales**, que entiende una disociación con el círculo social cercano, exposición excesiva a la pantalla tecnológica, desacuerdo con pares o disparidad en las relaciones sociales; finalmente, **la pertenencia a grupos vulnerables**, como los hijos adoptivos, conformación de minorías sexuales, víctimas de desastres naturales o humanitarios; por otra parte, señala que la correlación entre estos factores y el desarrollo mental del individuo tiende a variar la gravedad de la depresión en la persona (41).

Asimismo, se proponen **otros elementos etiológicos** vinculados a la causa de un cuadro depresivo, como el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, ruptura de una relación conyugal, deserción o bajo rendimiento académico, insatisfacción y pérdida de placer, baja gestión emocional, entre otros factores extrínsecos que alineados a los índices altos de depresión y ansiedad coadyuvan la perpetuación de las manifestaciones clínicas, generando un impacto superior en la población joven, dado la subjetividad en su calidad de vida y percepción de esta (42).

Igualmente, en el ámbito nacional, la Dirección Regional de Salud del Perú (DIRESA) comprende en la etiología vinculada a la depresión un **origen multicausal**, dado que se ha demostrado que el **factor genético** mantiene una influencia en la carga hereditaria; de la misma manera, se han comprobado factores predisponentes como las **alteraciones en los neurotransmisores** cerebrales serotonina, noradrenalina y dopamina; además, comprende factores determinantes como la relevancia de **las figuras paternas durante la infancia** y factores desencadenantes de **fractura emocional** como episodios de maltrato y abuso, pérdidas emocionales y pérdidas materiales (33).

Por otra parte, desde el enfoque del modelo biomédico mínimo con énfasis en la psiquiatría, las manifestaciones relacionadas a la depresión no se presentan de forma aislada, por lo cual los síntomas asociados suelen aparecer en conjunto, provocando un deterioro que impide su discriminación y tratamiento por especificidad; por lo tanto, se propone un abordaje prototípico, que comprende la depresión como una conducta alejada de la normalidad cotidiana y en la identificación de anomalías, englobadas como factores psicológicos, sociales y biológicos, cuyo diagnóstico faculta el inicio de la intervención médica (43).

3.2.5 Signos, síntomas y clasificación

La depresión, Trastorno o episodio depresivo, se caracteriza por el deterioro del humor, sumado a diferentes síntomas y signos que perseveran durante un periodo mínimo de 2 semanas. En este sentido, los signos y síntomas más frecuentes son: sentimientos de ansiedad, tristeza o vacío, pesimismo, irritabilidad, intranquilidad o frustración, culpabilidad e impotencia, además un sentimiento de inutilidad y descenso del interés o placer en el desarrollo de actividades y pasatiempos (44).

Respecto a los síntomas, pueden ser agrupados en 5 elementos, donde se considera el deterioro del estado de ánimo, la disminución de la actividad y energía, desarrollo de una visión negativa sobre uno mismo y la alteración psicomotor y del sueño (45); puesto que, las personas con depresión pueden presentar los siguientes síntomas: pérdida de interés en las actividades, escases de energía o cansancio constante, soledad, irritabilidad, disminución del apetito, tristeza, sentimiento de vacío, entre otros (46).

En tal sentido, para establecer los criterios diagnósticos de la depresión, es necesario identificar los signos y síntomas que se presentan en determinados sistemas de clasificación diagnóstica como en la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE 10, que clasifica la depresión dentro de los trastornos del humor o afectivos (F30 – F39),

donde la categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 el trastorno depresivo recurrente, la primera se subdivide en: F32.0 Episodio depresivo leve, F32.1 Episodio depresivo moderado, F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, F32.8 Otros episodios depresivos, F32.9 Episodio depresivo, no especificado. (47)

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas típicos, presentados en la figura 2, que incluye el ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar (anhedonia), y aumento de la fatigabilidad. (47)

Tabla 2. *Criterios diagnósticos para episodio depresivo, según CIE-10.*

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
<p>C. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos pueden ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras. - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta. - Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual. - Empeoramiento matutino del humor depresivo. - Presencia de enlentecimiento motor o agitación. - Pérdida marcada del apetito. - Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes. - Notable disminución del interés sexual.

Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud (47).

En complemento, el CIE-10 también expone los criterios de gravedad de un episodio depresivo (ver figura 3), los mismo que varían de acuerdo a la edad de las personas, por ejemplo, los niños con depresión tienden a mostrarse más ansiosos, malhumorados, fingir estar enfermos, negarse a ir a la escuela y preocuparse de que alguien fallezca; mientras que, en adultos jóvenes tienen mayor probabilidad de estar

irritables, quejarse de haber aumentado de peso y tener hipersomnias, así como una perspectiva negativa sobre la vida y el futuro (44,48).

Tabla 3. *Criterios de gravedad de un episodio depresivo, según CIE-10.*

<p>A. Criterios generales para episodio depresivo</p> <ul style="list-style-type: none"> - El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. - El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
<p>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos dos semanas. - Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. - Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.
<p>C. Deben estar presentes uno o más síntomas de la lista, para que la suma total sea al menos cuatro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad. - Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada. - Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida. - Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones. - Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición. - Alteraciones del sueño de cualquier tipo. - Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.
<p>D. Puede haber o no síndrome somático*</p> <p>Episodio depresivo leve: están presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.</p> <p>Episodio depresivo moderado: están presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona con un episodio moderado probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.</p> <p>Episodio depresivo grave: deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas con este tipo de depresión presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes. <u>Pueden aparecer síntomas psicóticos</u> tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o delirio pueden ser congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.</p>

Fuente: Adaptado de la Organización Mundial de la Salud (47).

3.2.6 Diagnóstico

El diagnóstico de depresión en la atención primaria es variable de acuerdo con la sintomatología presentada y la gravedad de sus dolencias, estructurando diferentes tipos de abordaje en este trastorno mental: la exploración física, dado que la depresión es asociada a enfermedades no diagnosticadas o manifestaciones de autolesión; el análisis de laboratorio, cuyo procedimiento se realiza a través de un hemograma o análisis de la glándula tiroides, con la finalidad de obtener alteraciones químicas que afectan al paciente; la evaluación psiquiátrica, con la ejecución de evaluaciones psiquiátricas respecto a la sintomatología, pensamientos, sentimientos y la conducta del individuo, buscando en estos elementos algún signo de alteración mental; finalmente, su diagnóstico mediante el CIE-10 y DSM-V, manual estadístico con un uso profesional que faculta la detección temprana de esta enfermedad (49).

Igualmente, para la realización del diagnóstico de la depresión, es importante los procedimientos de codificación y registro, que comprende la gravedad actual y la presencia de características psicóticas y el estado de resimisión; destacando que los dos primeros puntos solo se abarcan en cuanto exista un cumplimiento de todos los síntomas asociados a un episodio de depresión mayor; por otra parte, el diagnóstico de la depresión no puede coexistir con el trastorno negativo desafiante, explosivo intermitente o bipolar, trastorno de depresión mayor, déficit de atención e hiperactividad, conducta y consumo de sustancias, sin englobar que este último puede situarse como una causa de la afección depresiva, sin percibir un trastorno referente a las sustancias psicoactivas (1).

Del mismo modo, se identifican dificultades relevantes en el diagnóstico de la depresión, cuyo problema radica en la falta de asistencia regular en la Atención Primaria, lo que genera la proliferación de falsos negativos como lo es el infradiagnóstico; por otra parte, se suele generar un sobrediagnóstico que demuestra falsos positivos en pacientes

que no poseen depresión; por lo tanto, se denota el estado de vulnerabilidad en la depresión y su concepción como una de las principales causas de discapacidad y se debe realizar una asistencia idónea, que incluya la identificación de síntomas físicos y psicológicos, como el diagnóstico adecuado de la tipología de la depresión, lo cual coadyuva la transformación de la depresión como un factor de riesgo que faculta la afección de otros problemas con impacto negativo en las personas (50).

3.2.7 Tratamiento

- **Tratamientos basados en evidencia**

Sobre el tratamiento de la depresión, el aspecto más relevante es la implementación de protocolos de intervención basados en evidencia empírica, donde el tratamiento que ha recibido mayor respaldo es **la terapia cognitivo conductual**, puesto que reduce los síntomas depresivos e incrementa la adherencia al tratamiento farmacológico (51). Esta terapia se focaliza en disminuir los pensamientos y conductas de riesgo, que en caso de tendencias suicidas requiere implementar los primeros auxilios psicológicos e intervención en crisis (52).

Bajo este panorama, para el tratamiento de depresión relacionada con riesgo de suicidio, existe evidencia sólida sobre la efectividad de las intervenciones psicológicas y prevención de conductas autodestructivas, destacándose **la terapia existencial y la terapia cognitiva** por sus elementos terapéuticos directamente relacionados con los procesos psicológicos subyacentes de la vulnerabilidad y crisis suicida (53). Cabe destacar que, se deben establecer objetivos de intervención que inician con la comprensión de la situación de su enfermedad, por lo cual es necesario compartir conocimiento sobre la prevalencia de sintomatología depresiva a través de escalas y entender la relevancia del acceso al tratamiento oportuno y de calidad como una aminoración de los efectos

negativos de este trastorno mental a corto y largo plazo, a través de su prevención, detección y tratamiento (46).

- **Tratamiento farmacológico**

El trastorno depresivo representa una de las principales causas a nivel mundial, debido a la complejidad neurobiológica que involucra factores genéticos, moleculares, neurofisiológicos y psicosociales, por lo que se recomienda la intervención desde el campo psicológico y farmacológico (53). Esta intervención tiene como objetivo la estimulación cerebral de monoaminas como la serotonina, noradrenalina y dopamina, así como efectos antidepresivos de los inhibidores de la monoaminoxidasa y antidepresivos tricíclicos que aumentan la disponibilidad sináptica de estos neurotransmisores (54).

En la actualidad, la mayoría de los fármacos tienen acción sobre el sistema monoaminérgico a través de la regulación de diversos neurotransmisores como la **ketamina**, siendo uno de los antidepresivos más utilizados en el tratamiento de la depresión; del mismo modo, requiere la activación del sistema opioide y es un sustento para la farmacoterapia basado en el dolor; por otra parte, tiene efectos negativos como el riesgo de abuso y efectos reguladores como agentes antisuicidas potentes y eficaces (55).

3.2.8 Complicaciones

Entre las complicaciones que surgen de la depresión, gran parte de las repercusiones presentadas están asociadas a la recurrencia de episodios depresivos y la duración del trastorno mental, por lo cual la variación depende de los factores exógenos e individuales por cada paciente (56). Asimismo, la depresión y el suicidio se asocian a conductas de riesgo como dependencia al alcohol, drogas ilícitas y actos de violencia (57).

Entre las distintas complicaciones de los trastornos del estado de ánimo, la depresión asociada a ideas suicidas demanda intervención terapéutica prioritaria para reorientar los pensamientos y conductas de riesgo en situaciones de crisis (52). El suicidio

representa la más seria de las conductas autodestructivas, que se caracteriza por la experiencia de vulnerabilidad (53), la pérdida del significado de vivir y el vacío existencial debido a la soledad y angustia (58).

3.2.9 Prevención

La depresión es un trastorno que comúnmente se asocia a otros padecimientos como la dependencia a sustancias, que en pacientes con rasgo de neuroticismo es un factor de riesgo en problemas familiares y amorosos (59), donde se vislumbra la triada sintomatológica: depresión, agresión y adicción, que afectan la salud mental de la sociedad. Por ello, hablar de prevención en depresión y suicidio implica reconocer al ser humano como alguien que experimenta una pérdida del significado de vivir y/o con un vacío existencial, por lo que se hace necesario fortalecer la resiliencia y el bienestar psicológico para psicoeducar y mitigar los factores de la soledad y angustia (58).

3.2.10 Cuidados de enfermería

El cuidado de enfermería se orienta al logro del bienestar de salud a través de la prevención, recuperación y rehabilitación de las enfermedades, en interacción con los recursos de personales, familiares y comunitarios. Por lo cual, la identificación de factores de riesgo y protectores permitirán en un primer nivel la prevención y la prevalencia de diversas patologías. En el caso de los tratamientos, el cuidado de enfermería identifica las necesidades del paciente mediante las cuales establecerá estrategias de intervención reales y factibles desde el cuidado interdependiente y autocuidado (60).

El objetivo de la enfermería es brindar un cuidado basado en las necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales para brindar dignidad y autonomía frente al proceso de recuperación. Por ello, el enfoque de enfermería implica un trabajo integral que converge con conocimientos técnicos, científicos, éticos y humanos (61).

3.2.11 Teoría de Marjory Gordon

Este modelo teórico pone énfasis en la identificación de factores biológicos, culturales, sociales y espirituales, que representan las condiciones básicas de la persona para mantener el equilibrio y encaminarse hacia la recuperación y rehabilitación. Por lo que, Marjory Gordon propone 11 patrones funcionales que recoge información, psíquica, física y social del paciente (62), para lograr la adaptación a distintos ámbitos del cuidado basado en la prevención, promoción y construcción integral de los cuidados en la enfermería (63). Finalmente, se debe resaltar la estructura de valoración en el nivel individual, familiar y comunitario mediante las diversas taxonomías utilizadas en enfermería (64).

3.2.12 Proceso de Atención en Enfermería

Es la guía de cuidados para los pacientes, que facultad la atención integral desde la formación académica del profesional en enfermería (65). Por ello, el PAE hace uso de conocimientos sólidos y continuos para la identificación de las necesidades del paciente, la priorización de los dominios, la formulación de los objetivos de mejoría del paciente de acuerdo a una propuesta de intervención terapéutica consecuente con las necesidades de salud y equilibrio (66).

En adición, el PAE sigue un enfoque estratégico y operacional fundamentado en evidencia científica para la recuperación de la enfermedad así como la recuperación funcional del paciente (67). De esta manera, la utilidad del PAE comprende cinco etapas: la valoración, que implica la organización de la información del paciente, el diagnóstico que engloba el estado clínico y los diagnósticos realizados, la planificación refiere las acciones a implementar, la ejecución es la intervención y la evaluación contrasta lo previsto y lo obtenido (68).

3.2.13 Taxonomías NANDA, NIC y NOC

Las taxonomías NANDA, NIC y NOC comprenden la clasificación de las patologías en el proceso de atención en enfermería, que son una herramienta indispensable para la estandarización y comprensión del proceso de atención en enfermería. El mismo que permite elaborar adecuadamente el diagnóstico, los objetivos de recuperación y la implementación de cuidados necesarios del paciente (69).

Sobre la taxonomía NANDA, *North American Nursing Diagnosis Association*, permite el diagnóstico de enfermería, así como el reconocimiento de dificultades y alternativas de solución para el paciente en diversas patologías y estados de salud. De manera que el profesional en enfermería ejerza los cuidados necesarios para la recuperación y rehabilitación de la persona (70).

La taxonomía NIC, *Nursing Interventions Classification*, es una clasificación sistemática y organizada que abarca las intervenciones de enfermería, que permite una mayor planificación de los cuidados dirigidos al paciente, así como una mejor integración de la comunicación y el ejercicio eficaz del personal enfermero para fomentar el bienestar y la calidad de vida (69).

Finalmente, la taxonomía NOC, *Nursing Outcomes Classification*, representa un método clasificatorio complementario a las taxonomías NANDA y NIC, empleado para la evaluación de los resultados luego de las intervenciones de enfermería. Esta taxonomía permite orientar la efectividad de los cuidados en enfermería, de manera que logre la recuperación y rehabilitación del paciente (71).

IV. CONTENIDO

DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, de 29 años de edad, empleado en el sector bancario, fue ingresado al Policlínico Naval de Ancón el 20/11/2021 a emergencia con motivo de sobredosis por clonazepam, en un estado estuporoso casi comatoso, con signos vitales en valores normales a excepción de la frecuencia respiratorio deprimida (10x') y SaO2 93%; de la misma forma al despertar, se valoró síntomas como insomnio, sensación de fracaso por abandono y desmotivación, además del intento de suicidio. Su acompañante también refirió latidos y respiración lenta, así como palidez en su expresión facial, señalando la ingesta de pastillas desconocidas por ella.

4.1 Historia clínica

4.1.1 Datos de afiliación

Nombre del Paciente: F.O.V

Servicio: Emergencia

Fecha de Ingreso: 20/11/2021

Edad: 29 años

Estado civil: Soltero

Sexo: Masculino

Peso: 76 Kg

Talla: 1.81 cm

IMC: 23.2

Ocupación: Empleado en el banco

Lugar de nacimiento: Lima

Religión: Católico

Grado de instrucción: Superior

4.1.2 Antecedentes

Antecedentes personales:	El paciente refiere desmotivación por ruptura amorosa.
Antecedentes quirúrgicos:	Sin Cirugías previas
Antecedentes patológicos:	No refiere
Antecedentes familiares:	No refiere

4.1.3 Funciones biológicas

- **Apetito** : Sin apetencia
- **Orina** : Normotúrico
- **Deposiciones** : Semiblandas y pardas
- **Sueño** : Deteriorado, el paciente sufre de insomnio.
- **Sed** : Ligeramente disminuido
- **Sudor** : Normofuncional
- **Peso** : En intervalos de normalidad

4.2 Examen clínico general

4.2.1 Examen físico (al ingreso)

Tabla 4. *Control de funciones vitales*

Signos vitales	
FC:	72 lpm
FR:	10 rpm
PA	110/70 mmHg
T:	36.5°

Fuente: Elaboración propia recopilada de historia clínica.

Tabla 5. *Medidas Antropométricas*

Medidas Antropométricas	
Peso	76 Kg
Talla	1.81 m
IMC	23.2

Fuente: Elaboración propia recopilada de historia clínica.

Tabla 6. *Examen físico*

Examen físico	
Piel	Hidratada y turgente. Cráneo: Sin alteraciones biológicas, normocéfalo, simétrico, “ojeras” notables y cabello aseado. Ojos: Simétricos, isocóricos y normoreactivas.
Cara, rostro, cabeza, ojos, boca	Cavidad oral: 27 piezas dentales de 32, labios turgentes e hidratados, simétrica y sin alteraciones. Nariz: Sin heridas visibles, permeables. Oídos: Pabellones auriculares sin alteraciones, y leve presencia de cerilla en superficie del cartílago ótico.
Cuello	Inspección: Cilíndrico, movilidad conservada. Palpación: No adenopatías. Inspección: Simétrico.
Tórax y pulmones	Palpación: No presencia de masas. Percusión: Sonoridad. Auscultación: Ruidos normales.
Abdomen	Inspección: Móvil con la respiración, sin alteraciones. Palpación: Blando, depresible no doloroso a la palpación. Percusión: Sonidos timpánicos conservados. Auscultación: Ruidos hidroaéreos presentes.

Fuente: Elaboración propia recopilada de historia clínica.

4.3 Evaluación integral

4.3.1 Exámenes auxiliares

Tabla 7. *Hemograma completo*

Análisis completo	Resultados
Hemoglobina	15.4 gr/dl
Hematocrito	47 %
Hematíes	5 230 000 mm ³
Leucocitos	4 300 mm ³
Eosinófilos	1 %
Linfocitos	38 %
Plaquetas	231 000 mm ³

Fuente: Elaboración propia recopilada de historia clínica.

Tabla 8. *Bioquímica*

Análisis completo	Resultados
Glucosa	70 mg/dl
Triglicéridos	128 mg/dl
Colesterol	192 mg/dl
Urea sérica	22 mg/dl

Fuente: Elaboración propia recopilada de historia clínica.

Tabla 9. *Análisis de orina*

Análisis completo	Resultados
Color	Amarillo Oscuro
Aspecto	Normal
Densidad	1018mg/ml
PH	5.4

Fuente: Elaboración propia recopilada de historia clínica

4.4 Diagnóstico y pronóstico

Motivo de ingreso: paciente varón, traído por su hermana quien refiere: “Traigo a mi hermano que estaba de visita, pues creo que se ha intentado suicidar tomando varias de estas pastillas (la hermana muestra un blíster de 4 pastillas, con 3 espacios vacíos), y cuando he llegado de trabajar, su respiración era muy lenta, y se veía pálido”.

Al momento de la entrevista, el paciente refiere: “hace días que no **duermo mucho** por diversos pensamientos, desde hace años me he puesto a pensar sobre el **sentido de mi vida**, pues tengo 29 años y aún no me siento un adulto o alguien maduro. Tras el **rompimiento con mi pareja** con la cual tenía 5 años, me cuestiono si realmente podré tener mejor suerte en la vida, pues **actualmente vivo solo y no me comunico con mi familia. Me siento solo**”.

Diagnóstico: CIE10 (F32.9)

Pronóstico: Reservado (por reglamento de establecimiento de salud)

Tratamiento:

- Dieta hipercalórica y LAV.
- Instalar una vía endovenosa: y perfundir en 100cc de Nacl
- 4mg. De Diazepan, pasar por bomba luego:
- Bromazepam 1,5 mg(1tab) antes de dormir(15 minutos antes)
- Fluoxetina 20mg.(1tab)desayuno
- Quetiapina 25mg.(2tab.)
- Terapias cognitivo-conductuales.
- Control de funciones vitales.

V. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL

5.1 Formulación del plan de tratamiento general

Tabla 10. *Valoración de enfermería según los Patrones funcionales de Marjory Gordon.*

Patrones	Valoración
Patrón 1: Percepción - Manejo de la salud.	El patrón esta alterado, pues el paciente tiende a presentar dificultades en la adherencia al tratamiento farmacológico y cumplimiento de las medidas terapéuticas, asimismo, tiene una higiene descuidada y un inadecuado cuidado de su salud, así como conducta de riesgo para su salud.
Patrón 2: Nutricional - Metabólico.	El patrón no esta alterado.
Patrón 3: Eliminación.	El patrón no esta alterado.
Patrón 4: Actividad - Ejercicio.	El patrón no esta alterado.
Patrón 5: Sueño - Descanso.	El paciente tiene el patrón alterado, debido a que ha manifestado dificultades para consolidar el sueño, se visualizan ojeras, ojos rojos y así como una conducta irritable por la falta de descanso.
Patrón 6: Cognitivo - Perceptivo.	El patrón no esta alterado.
Patrón 7: Autopercepción - Autoconcepto.	El patrón esta alterado porque el paciente tiene expresiones de desesperanza y experimenta una sensación de fracaso. Se reportaron conductas de riesgo suicida por el abandono de la pareja, así como un cambio significativo de la actitud y comportamiento, caracterizado por acciones impulsivas.
Patrón 8: Rol - Relaciones.	El patrón esta alterado debido a que el paciente señala que no tiene una buena relación con su familia, se siente solo por el abandono de la persona más significativa para él, su pareja, por lo que experimenta un estado de negación a la pérdida.
Patrón 9: Sexualidad y Reproducción.	El patrón no esta alterado.
Patrón 10: Adaptación / Tolerancia al estrés.	El patrón esta alterado, el paciente experimenta depresión y no dispone de las herramientas cognitivas para afrontarlo, por lo que ha ingerido fármacos para atentar contra su vida. El paciente esta experimentando emociones inapropiadas, de negación a la pérdida de la pareja y presenta un cuadro depresivo agudo.
Patrón 11: Valores y Creencias.	El patrón no esta alterado.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 11. Valoración por dominio funcionales según taxonomía NANDA

Dominios	Datos subjetivos y objetivos
Dominio 1: Promoción de la salud	<p>Datos subjetivos: Paciente por momentos, se rehusa a ingerir su tratamiento.</p> <p>Datos objetivos: El paciente demuestra incapacidad para cumplir con acciones para su bienestar, al no cumplir con los horarios para la medicación establecidos. El paciente ha sufrido un episodio depresivo, no especificado (F32.9).</p> <p>Tratamiento: -Con vía endovenosa y perfundir en 100cc de NaCl -4mg. de Diazepan.</p> <p>Medicación: Bromazepam 1,5 mg. (1tab) antes de dormir (15 minutos antes). Fluoxetina 20mg. (1tab) en el desayuno. Quetiapina 25mg. (2tab). Terapias cognitivo-conductuales. Control de funciones vitales.</p>
Dominio 4: Actividad / reposo	<p>Datos subjetivos: <i>“hace días que no duermo mucho por diversos pensamientos”</i></p> <p>Datos objetivos: Abandono de su pareja. No puede dormir, ojeras notables y síntomas depresivos</p>
Dominio 7: Rol / relaciones	<p>Datos subjetivos: <i>“Tras el rompimiento con mi pareja con la cual tenía 5 años, me cuestiono si realmente podré tener mejor suerte en la vida, pues actualmente vivo solo y no me comunico con mi familia”</i></p> <p>Datos objetivos: Paciente ha sufrido un abandono de pareja y ha limitado la interacción social con sus amigos y familia.</p>
Dominio 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés	<p>Datos subjetivos: <i>“desde hace años me he puesto a pensar sobre el sentido de mi vida, pues tengo 29 años y aún no me siento un adulto o alguien maduro”</i></p> <p>Datos objetivos: El paciente no acepta su condición de salud mental y experimenta una sensación de fracaso por los problemas emocionales y abandono de la pareja.</p>
Dominio 11: Seguridad / protección	<p>Datos subjetivos: Señala experimentar poco apoyo emocional y desesperanza por abandono de pareja.</p> <p>Datos objetivos. Paciente experimenta un cambio notable de actitud y conducta, con comportamiento impulsivo y alteración de la vida familiar.</p>

Fuente: Elaboración propia.

5.2 Plan de control y mantenimiento

Tabla 12. *Diagnósticos de enfermería*

	Diagnósticos potenciales	Valoración
1	<p>Dominio 4: Actividad / reposo. Clase 1: Sueño / reposo. Código: 00095. Insomnio.</p>	<p>El paciente tiene insomnio, debido a que ha manifestado dificultades para consolidar el sueño, así como una conducta irritable, ojeras notables, ojos rojos y síntomas depresivos.</p>
2	<p>Dominio 7: Rol / relaciones. Clase 3: Desempeño de rol. Código: 0052. Deterioro de la interacción social.</p>	<p>Paciente con deterioro de la interacción social, dado que no tiene una buena relación con su familia y presenta una alteración de los procesos del pensamiento (acto compulsivo) por la separación de pareja, por lo que experimenta un estado de negación a la pérdida</p>
3	<p>Dominio 9: Afrontamiento / tolerancia al estrés Clase 2: Respuesta de afrontamiento. Código: 00188 Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud.</p>	<p>El paciente tiene conductas que ponen en riesgo su salud, experimenta depresión y no dispone de las herramientas para afrontarlo, por lo que ha ingerido fármacos para atentar contra su vida.</p>
4	<p>Dominio 1: Promoción de la salud Clase 2: Gestión de la salud. Código: 00099 Mantenimiento ineficaz de la salud.</p>	<p>El paciente demuestra incapacidad para cumplir con acciones para su bienestar, al no cumplir con los horarios para la medicación establecidos, el paciente no tiene adherencia al tratamiento ni a las medidas terapéuticas, asimismo, tiene una higiene descuidada y un inadecuado cuidado de su salud, así como conducta de riesgo para su salud</p>
5	<p>Dominio 11: Seguridad / protección Clase 3: Violencia. Código: 00150 Riesgo de suicidio.</p>	<p>Paciente expone conductas de riesgo de suicidio debido a los cambios ocurridos en su etapa de vida, así como la alteración de la vida familiar, también experimenta poco apoyo emocional y desesperanza por abandono de pareja, así como una sensación de fracaso, caracterizado por acciones impulsivas que atentan contra su vida.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 13. *Priorización de diagnósticos de enfermería*

	Diagnósticos	Priorización
1	Insomnio R/C depresión M/P dificultad para conciliar el sueño, irritabilidad y desmotivación.	Alta
2	Deterioro de la interacción social R/C alteración de los procesos del pensamiento (acto compulsivo) M/P interacción disfuncional con familia y abandono de la pareja.	Alta
3	Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud R/C incapacidad para manejar su conducta (Habilidades blandas) M/P intento de suicidio, mala relación con su familia y abandono.	Alta
4	Mantenimiento ineficaz de la salud.	Alta
5	Riesgo de suicidio R/C desesperanza.	Alta

Fuente: Elaboración propia.

5.3 Plan de cuidados aplicando NANDA, NIC y NOC

Tabla 14. *Insomnio R/C depresión.*

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PRIORIDAD	PLANIFICACIÓN- NOC RESULTADO ESPERADO	EJECUCIÓN – NIC INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN	
Datos subjetivos: <i>“hace días que no duermo mucho por diversos pensamientos”</i> Datos objetivos: Hiposomnía, irritabilidad, desmotivación	Dominio 4: Actividad / Reposo. Clase: 1. Reposo / sueño. Código: 00095. ETIQUETA: Insomnio CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Observación de alteración en el ánimo FACTOR RELACIONADO: Ansiedad, sueño interrumpido, síntomas depresivos y estrés.	Alta	El paciente mejora su calidad de sueño al reducir sus niveles de depresión. DOMINIO III: Salud psicosocial CLASE M: Bienestar psicosocial. CÓDIGO: 1208 Nivel de depresión	Interdependiente Modificación de la conducta (4360) ➤ Determinar la motivación del paciente para un cambio de conducta. ➤ Presentar al paciente a personas que hayan superado con éxito la misma experiencia. ➤ Establecer objetivos de conducta por escrito. ➤ Desarrollar un programa de cambio de conducta. ➤ Facilitar la implicación de otros profesionales sanitarios en el proceso de modificación, según corresponda.	Es recomendable identificar los factores que ocasionan la depresión en el paciente, puesto que permitirá mejorar la calidad del sueño.	El paciente logra recuperar el sueño con los cuidados enfermeros, permitiendo la homeostasis y descanso adecuado.	
		PUNTUACIÓN DIANA		Mantener: 3	Aumentar: 5		
		INDICADOR	ESCALA	TOTAL	TOTAL		
		➤ 120801 Estado de ánimo deprimido.	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	3	4		
		➤ 120802 Pérdida de interés por actividades.		3	4		
➤ 120803 Ausencia de placer por actividades.		3	4				
➤ 120819 Baja autoestima.		3	4				

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 15. *Deterioro de la interacción social.*

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN- NOC RESULTADO ESPERADO				EJECUCIÓN – NIC INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN	
<p>Datos subjetivos: “Tras el rompimiento con mi pareja con la cual tenía 5 años, ... no me comunico con mi familia”</p> <p>Datos objetivos: Paciente ha sufrido un abandono de pareja y ha limitado la interacción social con amigos y familiares.</p>	<p>Dominio 7: Rol / relaciones.</p> <p>Clase: 3. Desempeño de rol.</p> <p>Código: 0052.</p> <p>ETIQUETA: Deterioro de la interacción social.</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Conductas de interacción social ineficaces, interacción disfuncional con los compañeros.</p> <p>FACTOR RELACIONADO: Barreras de comunicación, ausencia de personas significativas y alteración de los procesos de pensamiento: acto compulsivo.</p>	<p>PRIORIDAD Alta</p>	<p>El paciente mejora su interacción social con la intervención de enfermería.</p>				<p>Interdependiente</p> <p>Potenciación de la socialización (5100)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. ➤ Animar al paciente a realizar relaciones. ➤ Fomentar las actividades sociales y comunitarias. ➤ Fomentar el compartir los problemas comunes con los demás. ➤ Fomentar la implicación en intereses totalmente nuevos. 	<p>La participación en relaciones sociales efectivas permitirá la promoción de factores protectores relacionados al apoyo y soporte social.</p>	<p>El paciente logra mejorar su interacción social.</p>
	<p>DOMINIO III: Salud psicosocial</p> <p>CLASE P: Implicación social. CÓDIGO: 1503 Implicación social.</p>		<p>PUNTUACIÓN DIANA</p> <p>Mantener: 3 Aumentar: 5</p>						
				<p>INDICADOR</p> <p>➤ 150304 Interacción con miembros de grupos de trabajo.</p> <p>➤ 150302 Interacción con vecinos.</p> <p>➤ 150303 Interacción con miembros de familia.</p>	<p>ESCALA</p> <p>1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno</p>	<p>TOTAL</p> <p>3</p> <p>3</p>	<p>TOTAL</p> <p>5</p> <p>5</p>		

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 16. *Tendencias a adoptar conductas de riesgo para la salud.*

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PRIORIDAD	PLANIFICACIÓN- NOC RESULTADO ESPERADO	EJECUCIÓN – NIC INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN															
<p>Datos subjetivos: y “desde hace años me he puesto a pensar sobre el sentido de mi vida, pues tengo 29 años y aún no me siento un adulto o alguien maduro.....me cuestiono si realmente podré tener mejor suerte en la vida, pues actualmente vivo solo...”</p> <p>Datos objetivos: El paciente no acepta su condición de salud y experimenta una sensación de fracaso por los problemas emocionales y abandono de la pareja</p>	<p>Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés.</p> <p>Clase: 2. Respuesta de afrontamiento.</p> <p>Código: 00188.</p> <p>ETIQUETA: Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud.</p> <p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Expresión de no aceptación de cambio en el estado de salud y fracaso en la capacidad de afrontar problemas.</p> <p>FACTOR RELACIONADO: Apoyo social inadecuado y incapacidad para manejar su conducta (habilidades blandas)</p>	Alta	El paciente identifica conductas de riesgo que perjudiquen su estado de salud.	Interdependiente	<p>Identificar los factores de riesgo vinculados a conductas individuales permite reorientar la conducta hacia un modelo adaptativo y funcional.</p>	<p>El paciente logra identificar las conductas que ponen en riesgo su salud.</p>															
			<p>DOMINIO IV: Conocimiento y conducta de salud.</p> <p>CLASE T: Control de riesgo y seguridad.</p> <p>CÓDIGO: 1902 Control de riesgo.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>INDICADOR</th> <th>ESCALA</th> <th>TOTAL</th> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>➤ 190201 Reconoce los factores de riesgo personales.</td> <td>1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>➤ 190220 Identifica los factores de riesgo.</td> <td></td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>➤ 190221 Reconoce la capacidad de cambiar la conducta.</td> <td></td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>➤ 190203 Control los factores de riesgo personales.</td> <td></td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	INDICADOR			ESCALA	TOTAL	TOTAL	➤ 190201 Reconoce los factores de riesgo personales.	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	3	5	➤ 190220 Identifica los factores de riesgo.		3	5	➤ 190221 Reconoce la capacidad de cambiar la conducta.		3	5
INDICADOR	ESCALA	TOTAL	TOTAL																		
➤ 190201 Reconoce los factores de riesgo personales.	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	3	5																		
➤ 190220 Identifica los factores de riesgo.		3	5																		
➤ 190221 Reconoce la capacidad de cambiar la conducta.		3	5																		
➤ 190203 Control los factores de riesgo personales.		3	5																		

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 17. *Mantenimiento ineficaz de la salud.*

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN- NOC RESULTADO ESPERADO				EJECUCIÓN – NIC INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN
Datos subjetivos: Intento de suicidio, Paciente se rehusa a su tratamiento por momentos Datos objetivos: El paciente demuestra incapacidad para cumplir con acciones para su bienestar, al desconocer los riesgos y al no cumplir con los horarios para la medicación establecidos.	Dominio 1: Promoción de la salud.	PRIORIDAD Alta	El paciente expone conductas apropiadas en el manejo de medicamentos y toma de decisiones.				Interdependiente	Entender las preocupaciones e inquietudes del paciente permite orientar con efectividad las estrategias de cuidados, puesto que se establecen expectativas realistas frente al tratamiento médico y continuidad de actividades cotidianas.
	Clase: 2. Gestión de la salud.		DOMINIO IV: Conocimiento y conducta de salud.	PUNTUACIÓN DIANA Mantener: 3 Aumentar: 5		Manejo de la medicación (2380)		
	Código: 00099.		CLASE Q: Conducta de salud. CÓDIGO: 1613 Autogestión de los cuidados.			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse. ➤ Monitorizar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. ➤ Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos. ➤ Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación. 		
	ETIQUETA: Mantenimiento ineficaz de la salud.			INDICADOR	ESCALA	TOTAL	TOTAL	
	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS: Falta demostrada de conductas adaptativas a los cambios internos o externos y falta de conductas generadoras de salud.		➤ 161301 Determina los objetivos de la asistencia sanitaria.	1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	3	5	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente. ➤ Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales. ➤ Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa. ➤ Facilitar la toma de decisiones en colaboración. ➤ Proporcionar la información solicitada por el paciente. 	
	FACTOR RELACIONADO: Afrontamiento individual inefectivo.		➤ 161302 Describe los cuidados apropiados.		3	5		
			➤ 161307 Expresa confianza con la resolución de problemas.		3	5		
			➤ 161308 Adopta medidas correctoras cuando los cuidados no son apropiados.		3	5		

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 18. *Riesgo de suicidio.*

VALORACIÓN	DIAGNÓSTICO	PLANIFICACIÓN- NOC RESULTADO ESPERADO	EJECUCIÓN – NIC INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EVALUACIÓN		
		PRIORIDAD Alta	El paciente reduce las actitudes de riesgo de suicidio por la intervención de enfermería.	Interdependiente	El paciente no expone conductas de riesgo de suicidio por los cuidados de enfermería.		
<p>Datos subjetivos: Paciente manifiesta sentirse solo, reflexionar sobre su sentido en la vida, estar alejado de su familia, abandono de pareja y no dormir bien.</p> <p>Datos objetivos: Paciente muestra desesperanza, desmotivación, aislamiento social, abandono de un ser querido importante e interrupción del sueño.</p>	<p>Dominio 12: Seguridad / Protección.</p> <p>Clase: 3. Violencia.</p> <p>Código: 00150.</p> <p>ETIQUETA: Riesgo de suicidio.</p> <p>FACTORES DE RIESGO: Conducta impulsiva, cambios notables de actitud y conducta, alteración de la vida familiar, soledad y desesperanza.</p>	<p>DOMINIO III: Salud psicosocial.</p> <p>CLASE O: Autocontrol. CÓDIGO: 1408 Autocontrol del impulso suicida.</p>	<p>PUNTUACIÓN DIANA</p> <p>Mantener: 3 Aumentar: 5</p>	<p>Prevención del suicidio (6340)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Determinar la existencia del grado y riesgo de suicidio. ➤ Determinar si el paciente dispone de medios para llevar adelante el plan de suicidio. ➤ Tratar y controlar cualquier enfermedad psiquiátrica o los síntomas que pueden poner al paciente en riesgo de suicidio, como las crisis emocionales. ➤ Implicar al paciente en la planificación de su propio tratamiento, según corresponda. ➤ Enseñar al paciente estrategias de afrontamiento (entrenamiento de control de los actos impulsivos). ➤ Ayudar al paciente a identificar a las personas y los recursos de apoyo. ➤ Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia y de los amigos. 	<p>Brindar soporte emocional y social a personas que se sientan abandonadas/poco valoradas permite rehabilitar las competencias sociales y el valor de la vida en sociedad.</p>		
		<p>INDICADOR ESCALA TOTAL TOTAL</p>					
		➤ 140823 Obtiene ayuda cuando es necesario.	1. Nunca demostrado.			3	5
		➤ 140804 Verbaliza ideas de suicidio, si existen.	2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado.			3	5
		➤ 140812 Mantiene el autocontrol sin supervisión.	4. Frecuentemente demostrado.			3	5
		➤ 140827 Utiliza un grupo de apoyo social	5. Siempre demostrado.			3	5
		➤ 140821 Utiliza los servicios de salud mental disponibles.				3	5
		➤ 140822 Hace planes para el futuro.				3	5

Fuente: Elaboración propia.

VI. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo por objetivo general elaborar el Proceso de Atención en Enfermería en un paciente con diagnóstico de depresión atendido en el Policlínico Naval de Ancón, Lima – 2022. Los resultados obtenidos permitieron demostrar que el paciente logró ingresar a un proceso de recuperación, donde se evidenció las mejoras progresivas del estado de salud, mediante el desarrollo e implementación del Plan de Cuidados, que tomó como base las taxonomías NANDA, NIC y NOC, además de las necesidades del paciente. Estos resultados concuerdan con **Mariñas, O.** (17), **Ordoñez, L.** (18) y **Ortega-López et al.** (23), quienes reportaron que tras la aplicación del PAE se identificaron las necesidades reales del paciente, lo que permitió la intervención en los factores más importantes para garantizar el adecuado estado de salud del paciente con episodio depresivo.

Los resultados de la valoración del paciente revelaron mayor necesidad en los dominios: promoción de la salud, actividad/reposo, rol/relaciones, afrontamiento/tolerancia, y seguridad/protección. Asimismo, para **Mariñas, O.** (17) y **Ordoñez, L.** (18), la valoración de los dominios coincidió con: actividad/reposo y seguridad/protección. Por otra parte, los resultados difirieron con **Rosero et al.** (22) quien incorporó el dominio: autopercepción, y discrepó con **Gatezzi, L.** (24), que añadió el dominio: crecimiento/desarrollo. De esta manera, la identificación de los dominios permite priorizar las necesidades del paciente.

Por otro lado, los diagnósticos NANDA se identificaron y priorizaron, los cuales revelaron cinco diagnósticos de alta prioridad: mantenimiento ineficaz de la salud (00099), insomnio (00095), deterioro de la interacción social (00052), tendencia a adoptar conducta de riesgo para la salud (00188) y riesgo de suicidio (00150). El estudio de **Mariñas, O.** (17) y **Ordoñez, L.** (18) coincidieron con los siguientes diagnósticos NANDA: insomnio (00095) y riesgo de suicidio (00150). Por otra parte, los resultados difirieron con **Rosero et al.** (22) quien incorporó el diagnóstico: baja autoestima situacional (00120), desesperanza (00124),

deterioro de la regulación del estado de ánimo (00241) y gestión ineficaz de la salud (00078), entendidas como necesidades psicológicas, farmacológicas y psicosociales.

Asimismo, al realizar el plan de cuidados según las taxonomías NOC y NIC se establecieron como **objetivos de la intervención**: los niveles de estrés (1208), la implicación social (1503), el control de riesgo (1902), la autogestión de los cuidados (1613) y autocontrol del impulso suicida (1408), los mismo que se realizarán **mediante la intervenciones** de modificación de conducta (4360), potenciación de la socialización (5100), identificación de riesgos (6610), manejo de la medicación (2380), apoyo en la toma de decisiones (5250) y prevención del suicidio (6340). El Plan de cuidados coincidió parcialmente con **Guevara, S.** en la intervencion de potenciación de la socialización (5100), identificación de riesgos (6610) que permitieron expresar sentimientos sobre su salud al paciente. (21) y con **Alarcón, Y.** en intervenciones como , el control de riesgo (1902), potenciación de la socialización (5100), identificación de riesgos (6610) y apoyo en la toma de decisiones (5250) que ayudaron al paciente su rehabilitación parcial (16).

Por tanto, el plan de cuidados permitió mitigar los factores relacionados a la depresión y riesgo de suicidio, por lo que se mejoró la salud del paciente en los dominios de intervención del PAE. Estos resultados coincidieron con **Mariñas, O.** (17), **Ordoñez, L.** (18) y **Ortega-López et al.** (23), quienes reportaron el adecuado estado de salud de un paciente con depresión.

VII. CONCLUSIONES

- 1.** De acuerdo al objetivo general se elaboró el Proceso de Atención en Enfermería en un paciente con diagnóstico de depresión atendido en el Policlínico Naval de Ancón, Lima – 2022, se concluyó que de acuerdo a la aplicación adecuada del PAE el paciente de 29 años presentó mejoría en su salud, lo cual evidenció la importancia de las taxonomías NANDA, NOC y NIC para el desarrollo de acciones sistematizadas e independientes satisfaciendo las necesidades reales de las personas que son abordadas.
- 2.** Respecto al objetivo específico 1, se realizó la valoración por dominios en un paciente con diagnóstico de depresión atendido en el Policlínico Naval de Ancón, Lima – 2022, que concluyó con el reporte de mayor necesidad en los dominios: promoción de la salud, actividad/reposo, rol/relaciones, afrontamiento/tolerancia, y seguridad/protección.
- 3.** Respecto al objetivo específico 2, se identificaron y se priorizaron los diagnósticos NANDA en un paciente con diagnóstico de depresión atendido en el Policlínico Naval de Ancón, Lima – 2022; en conclusión, se obtuvieron cinco diagnósticos de alta prioridad: mantenimiento ineficaz de la salud, insomnio, deterioro de la interacción social, tendencia a adoptar conducta de riesgo para la salud y riesgo de suicidio.
- 4.** Respecto al objetivo específico 3, se elaboró un plan de cuidados de enfermería en un paciente con diagnóstico de depresión atendido en el Policlínico Naval de Ancón, Lima – 2022, en conclusión permitió el control de los niveles de estrés, la implicación social, el control de riesgo, la autogestión de los cuidados y autocontrol del impulso suicida, mediante la intervenciones de modificación de conducta, potenciación de la

socialización, identificación de riesgos, manejo de la medicación, apoyo en la toma de decisiones y prevención del suicidio.

- 5.** Respecto al objetivo específico 4, se evaluó el estado de salud de un paciente con diagnóstico de depresión atendido en el Policlínico Naval de Ancón, Lima – 2022, que concluyó con la mejora de la salud del paciente por las acciones, seguimiento y control de los dominios que pusieron en riesgo la salud por depresión y riesgo de suicidio del paciente de 29 años.

VIII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al personal de enfermería continuar con la realización de la valoración de necesidades de cuidado a los pacientes cuando ingresan al establecimiento de salud, de manera que permitan brindar los cuidados adecuados y reducir los factores de riesgo en diagnósticos referentes a la salud mental.
2. Se recomienda al personal de enfermería adoptar las taxonomías NANDA, NIC y NOC para potenciar la calidad de la atención de los servicios de salud e incrementar los recursos protectores en diagnósticos referentes a la salud mental.
3. Se recomienda concientizar y capacitar al personal asistencial de la salud para realizar una adecuada priorización de los dominios en los casos de depresión y riesgo de suicidio.
4. Se recomienda capacitar al personal médico y de enfermería en la elaboración del plan de cuidados de enfermería para establecer de manera realista los resultados esperados e intervenciones correspondientes en casos de depresión y riesgo de suicidio.
5. Se recomienda al personal de enfermería adoptar la práctica de reportes académicos destinados a la comunidad científica, de manera que la intervención de enfermería pueda ser fortalecida con otros estudios y experiencias asociadas a la planificación de los cuidados integrales de pacientes con depresión y riesgo de suicidio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2014.
2. González S, Pineda A, Gaxiola J. Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. Universitas Psychologica. 2018; 17(3): p. 1-16.
3. Organización Panamericana de la Salud [OPS]. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE-10 Washington DC: Organización Mundial de la Salud; 2008.
4. Morell V, Marcos A. Operaciones administrativas y documentación sanitaria España: Editex; 2021.
5. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Depresión. [En línea].; 2021 [citado 22 de octubre 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>.
6. World Health Organization [WHO]. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. Scientific brief. World Health Organization; 2022.
7. Corea M. La depresión y su impacto en la salud pública. Revista Médica Hondureña. 2021; 89(1): p. 61-68.
8. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. Estado Mundial de la Infancia 2021. En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia. Resumen regional: América Latina y el Caribe. ; 2021.
9. Ministerio de Salud [MINSA]. Minsa: Más de 300 mil casos de depresión fueron atendidos durante el 2021. [En línea].; 2022 [citado 17 de octubre 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/575899-minsa-mas-de-300-mil-casos-de-depresion-fueron-atendidos-durante-el-2021>.

10. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Análisis de Situación de Salud del Perú 2019. ; 2019.
11. Long et al. Anxiety, depression, and social connectedness among the general population of eight countries during the COVID-19 pandemic. Revista digital EOS. 2022: p. 1-7.
12. Sequeira-Cordero A, Blanco-Vargas M, Brenes J. La depresión mayor en Costa Rica: aspectos epidemiológicos y psicobiológicos. Población y Salud en Mesoamérica. 2022; 19(2): p. 465-489.
13. De los Santos P, Carmona S. Prevalencia de depresión en hombres y mujeres mayores en México y factores de riesgo. Población y Salud en Mesoamérica. 2018; 15(2): p. 95-119.
14. Nazar G, Gatica-Saavedra M, Provoste A, Maria A, Martorell M, Ulloa N, et al. Factores asociados a depresión en población chilena. Resultados Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Revista médica de Chile. 2021; 149(10): p. 1430-1439.
15. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi". Sala de Prensa Virtual INSM. [En línea].; 2021. [citado 22 de octubre 2022]. Disponible en:
<https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2021/021.htm>
[1](#).
16. Obregón-Morales B, Montalván-Romero J, Segama-Fabian E, Dámaso-Mata B, Panduro-Correa V, Arteaga-Livias K. Factores asociados a la depresión en estudiantes de medicina de una universidad peruana. Educación Médica Superior. 2020 Junio; 34(2): p. 10-18.

17. Mariñas O. Proceso de atención de enfermería aplicado a un paciente con ansiedad y depresión en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital pediátrico de Lima, 2021. Trabajo de suficiencia profesional. , Lima; 2021.
18. Ordóñez L. Proceso de atención de enfermería, caso clínico depresión. Trabajo de suficiencia profesional. Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2017.
19. Alarcon Y. Cuidados de enfermería en pacientes con depresión, en el hospital regional “Guillermo Diaz de la Vega”. Universidad Nacional del Callao, Abancay; 2020.
20. Arostegui D, Muñoz L, Rojas M. Cuidado enfermero aplicado en adulto maduro con diagnóstico de depresión mayor. Investigación e Innovación. 2022; 2(2).
21. Guevara S. Plan de intervención de enfermería para fortalecer el cuidado de pacientes con depresión – contexto covid – 19 en el servicio de medicina del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega – Apurímac, 2021. Tesis de grado. http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/6693/TA_2DAES_P_GUEVARA_FCS_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Lima: UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO, Callao; 2021.
22. Rosero V, Alegría M, Rosero S, Autor M. Plan de cuidados de enfermería aplicado a una paciente con diagnóstico de depresión. A propósito de un caso clínico. Revista Electrónica de Portales Médicos. 2021 Junio; 16(11): p. 1-5.
23. Ortega-López A, Ramírez-Ramírez J, Rodríguez-Cruz L, Tello-Sánchez R, Flores O, Revoreda-Montes C. Proceso Enfermero en aplicado a paciente con Depresión Mayor [F-32]: Intervenciones Secundarias. Educación y Salud Boletín Científico Instituto de Ciencias de la Salud. 2021; 10(19): p. 151-159.

24. Gastezzi L. Proceso de atención de enfermería en paciente de 25 años con depresión post-parto. Trabajo de suficiencia profesional. Universidad Técnica de Babahoyo; 2020.
25. Diaz D. Proceso de atención de enfermería en adolescentes con trastorno depresivo grave. Tesis de grado. Ecuador: Universidad Técnica de Babahoyo, Babahoyo; 2022 octubre.
26. Rocafuerte V. Proceso de atención de enfermería aplicado en un paciente con trastorno depresivo mayor. [Tesis de grado]. Ecuador: Universidad Técnica de Babahoyo; 2018. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/3872/E-UTB-FCS-ENF-25.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Ecuador: UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO
27. Hermosillo A, Rivera M. Depresión, recursos psicológicos y vulnerabilidad cognitiva a la depresión en jóvenes estudiantes universitarios. Estudios empíricos. 2019; 5(1): p. 1-24.
28. Paez M, Peña F. Depresión en universitarios. Diversas conceptualizaciones y necesidad de intervenir desde una perspectiva compleja. Archivos de medicina. 2018 Diciembre; 18(2): p. 339-351.
29. García-Vera Sy. Las ideas equivocadas sobre la depresión infantil y adolescente y su tratamiento. 2020.
30. Arrarás J, Manrique E. La percepción de la depresión y de su tratamiento. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2019 Octubre; 42(1): p. 5-8.
31. Arévalo E, Castillo-Jiménez D, Cepeda I, López J, Pacheco R. Anxiety and depression in university students: relationship with academic performance. International Journal of Epidemiology & Public Health. 2019; 2(1): p. 1-8.

32. Vanegas M. Depresión, un trastorno que afecta a niños y adolescentes ¿Cuál fue su impacto durante el aislamiento por pandemia? Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara. 2022 Diciembre; 7(1): p. 1-16.
33. Dirección Regional de Salud [DIRESA]. Boletín Epidemiológico. Boletín informativo. Cusco: Dirección Regional de Salud del Cusco, Dirección Ejecutiva de Inteligencia Sanitaria; 2019. Report No.: 44.
34. Salazar-Saavedra Y, Saavedra-Castillo J. Factores asociados a irritabilidad en adultos con episodio depresivo en Lima Metropolitana. Revista de Neuro-Psiquiatría. 2019 Marzo; 82(1): p. 37-55.
35. Díaz Y, Del Río M, Abreu M. Trastorno depresivo recurrente en un paciente con vitíligo. Mediciego. 2019; 25(1): p. 1-5.
36. Organización Mundial de la Salud [OMS]. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Boletín informativo. Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para las Américas; 2017.
37. Muñoz K, Arevalo C, Tipán J, Morocho M. Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes. Revista Ecuatoriana de Pediatría. 2021; 1(6): p. 1-8.
38. Osma-Zambrano S, Lozano-Osma M, Mojica-Perilla M, Redondo-Rodríguez S. Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia). Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud. 2019 Noviembre; 22(2): p. 171-185.
39. Luna-Reyes T, Vilchez-Hernandez E. Depresión: situación actual. Revista de la Facultad de Medicina. 2017; 17(2): p. 78-85.
40. Calderón D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Revista Medica Herediana. 2018 Julio; 29(3): p. 182-191.

41. Gallego A, García J, Pallás C, Rando Á, San Miguel J, Sánchez F, et al. Cribado de la depresión mayor en la infancia y adolescencia. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 2020 Junio; 22(1): p. 195-206.
42. Ríos J, Escudero C, López C, Estrada C, Montes J, Muñoz A. Autopercepción del estado de ánimo y presencia de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios. *Revista de Psicología Universidad de Antioquía*. 2019; 11(1): p. 61-92.
43. Cavieres Á, López-Silva P. La depresión como enfermedad: en defensa del modelo biomédico en psiquiatría. *Revista Médica de Chile*. 2021; 1(149): p. 274-280.
44. National Institute of Mental Health. Depresión. [Online].; 2021 [cited 10 enero 2023]. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp>.
45. Polanco K, López-Walle J, Muñoz-Noguera B, Vergara-Torres A, Tristán J, Arango-Dávila C. Efecto del ejercicio físico sobre los síntomas depresivos en pacientes hospitalizados con depresión. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*. 2022;(43): p. 53-61.
46. Cerecero-García D, Macías-González F, Arámburo-Muro T, Bautista-Arredondo S. Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *Salud pública de México*. ; 62(6): p. 840-850.
47. Organización Mundial de la Salud. Guía de Bolsillo de la Clasificación Internacional de Enfermedades. 10th ed. Ginebra: OMS; 2018.
48. Mayo Clinic. Depresión (Trastorno depresivo mayor). [En línea].; 2022 [citado 10 de enero 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>.

49. Biblioteca Nacional de Medicina de España. Evaluación de depresión. [En línea].; 2021 [citado 20 de octubre 2022]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/pruebas-de-laboratorio/evaluacion-de-depresion/>.
50. Taillefer V. Detección de depresión en atención primaria con el Cuestionario de salud del paciente -9(PHQ-9): Una revisión sistemática. Papeles del Psicólogo. 2022; 4(53): p. 2-11.
51. Rodas-Flores D, Gómez-Contreras M. Terapia cognitivo conductual, diabetes y depresión. Una revisión bibliográfica. Killkana sociales: Revista de Investigación Científica. 2022; 6(2).
52. Arenas-Landgrave P, Escobedo-Ortega N, Góngora-Acosta S, Guzmán-Alvarez L, Martínez-Luna S, Malo H. Guías de intervención para universitarios con depresión y riesgo de suicidio. Journal of Behavior, Health & Social Issues. 2019; 11(2).
53. García-Haro J, González M. Dos enfoques de ayuda psicológica para personas en situación de riesgo de suicidio. Apuntes de psicología. 2019; 37(2).
54. Pérez R. Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. Revista de la Facultad de Medicina (México). 2017; 60(5).
55. Bahji et al. Comparative efficacy of racemic ketamine and esketamine for depression: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders. 2021.
56. Mayo clinic. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. [En línea]. 2022 [citado 20 de octubre 2022]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>

57. Vilela M, Sandoval-Ato R, Galvez-Olortegui J. Estrategias de prevención y soporte en adolescentes con depresión y conducta suicida: una necesidad urgente. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2018; 33(4).
58. Quiceno-Manosalva M, Mendoza-Rincón B, Lara-Posada E. Sentido de vida y recursos psicológicos en estudiantes universitarios para el diseño de un programa psicoeducativo en la prevención de la depresión y suicidio. *Archivo Venezolano de Farmacología y Terapéutica*. 2020; 39(3).
59. Moreno-Gordillo G, Trujillo-Olivera L, García-Chong N, Tapia-Garduño F. Suicidio y depresión en adolescentes: una revisión de la literatura. *Revista Chilena de Salud Pública*. 2019; 23(1).
60. Dandicourt C. El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2018; 34(1): p. 55-62.
61. Escobar-Castellanos B, Cid-Henriquez P. El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. *Acta bioethica*. 2018; 24(1).
62. Martínez-López M, Pérez-Constantino M, Montelongo-Meneses P. Proceso de atención de enfermería a un lactante con neumonía basado en patrones funcionales de Marjory Gordon. *Enfermería Universitaria*. 2018 Enero; 11(1).
63. Arroyo-Lucas S, Vásquez-Cruz R, Martínez-Becerril M, Nájera-Ortiz M. Patrones funcionales: una experiencia en el camino de la construcción del conocimiento. *Revista Mexicana de Enfermería*. 2018 Agosto; 6(3).
64. Sánchez E, López P, Honrubia M. Intervenciones enfermeras en cuidados sanitarios de sexualidad para mujeres con lesión medular lumbar en Cataluña. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2018 Mayo; 3(1).

65. Miranda-Limachi K, Rodríguez-Núñez Y, Cajachagua-Castro M. Proceso de Atención de Enfermería como instrumento del cuidado, significado para estudiantes de último curso. *Enfermería universitaria*. 2020; 16(4).
66. Naranjo-Hernández Y, González-Hernández L, Sánchez-Carmenate M. Proceso Atención de Enfermería desde la perspectiva docente. *Revista Archivo Médico de Camagüey*. 2018; 22(6).
67. Cruz A, Medina I, Ávila M. Relaciones entre la gestión del riesgo y el proceso de atención de enfermería para su integración práctica. *Revista Cubana de Enfermería*. 2020; 36(2).
68. Doenges ME, Moorhouse MF. Capítulo 1: El proceso de atención de enfermería: provisión de cuidados de calidad. In Doenges ME, Moorhouse MF. *Proceso y diagnósticos de enfermería: Aplicaciones*. México, D.F.: El Manual Moderno; 2014.
69. Butcher H, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. *Clasificación de Intervenciones en Enfermería (NIC)*. 7th ed.: Elsevier; 2018.
70. Del Pino Casado B, Casado Lollano A, Del Pino Casado R. Capítulo 75: lenguajes estandarizados enfermeros en atención primaria. In Martínez-Riera JR, del Pino CR. *Manual práctico de enfermería comunitaria*. segunda ed. Barcelona: GEA Consultoría editorial; 2020.
71. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Capítulo uno: clasificación actual. In Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud*. Quinta ed. España: Elsevier; 2013. p. 2-35.

ANEXOS

Anexo 1. Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon



GUIA DE VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES

DATOS GENERALES:

Nombre del paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Estado civil _____ Grado de instrucción _____ ocupación _____
Lugar de procedencia _____ Domicilio _____
Fecha de ingreso al servicio _____ Hora _____
Forma de llegada: Ambulatorio () Silla de ruedas () Camilla () Persona de referencia _____
Fuente de Información: Paciente _____ Familiar _____ Otro (especifique): _____

ANTECEDENTES PERSONALES Y PATOLOGICOS:

HTA _____ DM _____ Gastritis/Ulceras _____ Asma _____ TB _____ Cirugías _____ Otros: _____
Alergia y otras reacciones: Fármacos _____ Alimentos _____ Otros _____
Motivo de ingreso: _____
Diagnóstico Medico _____
Tratamiento médico: _____
Exámenes de ayuda al diagnóstico y tratamiento _____

1: PERCEPCION MANEJO DE LA SALUD

- Estado de higiene: _____
- Estilos de vida: Consume: Alcohol () Cigarrillos () Dogas ()
Desde cuándo: _____ Con qué frecuencia _____ Cantidad _____
- Tiene hábitos generadores de salud: () No () Si ¿Cuál?: _____
- Entorno donde vive: Material Casa _____ No habitaciones _____ No Habitantes _____ Cocina con: _____
Servicios básicos: () Agua potable () Desagüe () Luz eléctrica
Tiene animales en casa: () No () Si ¿cuál? _____
- ¿Está enfermo?: () No () Si ¿Sabe sobre su enfermedad? _____
¿Consume medicamentos?, ¿Cuál? _____ ¿están indicados? Si ___ No ___
¿ha sido hospitalizada? ¿Cuándo? _____ ¿por qué? _____
¿padece de alergias? ¿de qué tipo? _____
- Pertenece algún régimen de salud: ¿Cuál? _____
- Realiza controles de su salud, ¿con que frecuencia? _____ ¿Cumple con lo indicado? _____
- Vacunación para su edad: () Si () No ¿Porque? _____
- Realiza control dental: _____ Periódicamente _____ Cuando tiene molestias _____ otros _____

2: NUTRICIONAL-METABÓLICO

- No de comidas al día _____ Alimentos que acostumbra a comer: _____
- Restricciones en la alimentación, Motivo _____
- Tiene intolerancia a alimentos, ¿cuál? _____ ¿comer fuera de casa? ¿con que frecuencia? _____
- ¿Toma suplementos de alimentos, vitaminas, hierro, minerales a diario?, ¿Cuál? _____
- ¿ha tenido cambios en su dieta, cuál? _____
- Apetito: () Normal () Aumentado () Disminuido () Anorexia/Bulimia
- Vía y tipo de alimentación: () oral () SNG () Parenteral () NPO: Porque: _____
- Dificultad para deglutir: () Ninguna () Disfagia
- Boca: Mucosas orales: () Sonrosada () Palidez () Ictericia () Húmedas () Secas
- Encías: () Intacta () sangrantes () Lesiones: Características: _____
- Lengua: () Limpia () saburral () Lesiones: Características _____
- Dentadura: () Completa () Ausente () Incompleta () Prótesis () Caries
- Abdomen: () b/d () globuloso () tenso () doloroso () masas () náuseas
() vómitos: características: _____
- Peso actual: _____ Talla: _____ Cambios en el peso: ¿Cuál? _____ IMC: _____
- Piel: () sonrosadas () pálida: /+++ () lisa () áspera al tacto
- Cabello: () distribución homogénea () distribución irregular () fuerte () quebradizo
() implantación buena () implantación mala
- Uñas: Forma: () ligeramente convexas () cóncavas
Implantación: () buena () mala
Estado de conservación: () bueno () regular () malo
Placa ungueal: () transparente () opaca () dura () suave () gruesa () delgada

- () lisa () áspera () bordes irregulares () bordes regulares () lesiones: _____
 Lecho ungueal: () rosado () blanquecino () bien vascularizado () mal vascularizado
- Tejido celular subcutáneo: Cantidad: () moderada () disminuida () aumentada
 Distribución: () homogénea () heterogénea. Predominio: _____
 - ¿Qué líquido bebe al día, cuánto? _____
 Sed: () Aumentada () Disminuida _____
 - Piel: () Seca () Turgente () Edema () Signo del pliegue () diaforesis
 - Balance hídrico: () Normal () Negativo () Positivo ¿Cuánto? _____
 - Perdidas de líquidos por drenajes: () No () Si : Tipo de drenajes _____ Cantidad _____
 - Temperatura corporal: _____ Hb _____ Glucosa: _____ Hormonas: T3, T4 _____

3: ELIMINACION

- Hábito vesicales: Micción espontánea: () Si () No: ¿Porque? _____
 Características de la orina: () Amarillo ámbar () Turbia () Colúrica () Hematúrica () Espumosa () Con pus
 Frecuencia urinaria: _____ Volumen: _____ flujo urinario _____
- Aparato urinario: () Integro () Lesiones: características _____
 () Disuria () Retención () Incontinencia () Polaquiuria () Nicturia () Globo vesical
 Urea: _____ creatinina: _____
- Hábitos intestinales: Número de deposiciones por día _____ Color _____ Consistencia _____
 () Incontinencia () Estreñimiento () Dolor al evacuar () Presencia de sangre/moco
 Uso de medidas para facilitar la evacuación: () Dietéticos () enemas () Laxantes () Otros: _____
- Aparato digestivo:
 Abdomen: () Blando () Depresible () Distendido () Tenso () Doloroso () Flatulencia () Pirosis
 Ruidos Hidroaéreos: () Aumentado () Disminuido () Ausentes
 () Hemorroides () Fisuras () ostomía () Residuo gástrico: Características _____
- Drenajes: ¿tipo? _____
- Piel: Integra () lesiones (), ¿tipo y localización? _____

4: ACTIVIDAD/EJERCICIO

Estado cardiovascular

- Pulsos periféricos: () Presentes () Ausentes
 Características del Pulso: Frecuencia: _____ () rítmico () arritmia () Débil () intenso () blando () duro
- PA: _____ PVC: _____ EKG: () normal () alteraciones ¿Cuál? _____
- Relleno capilar: () normal () lento
- Piel: () Fría () Sudorosa () Pálida () Cianótica
 Edemas: Localización _____ Varices: Localización _____
- Na: _____ K: _____

Estado respiratorio:

- Características de la respiración: FR: _____ () Profunda () superficial () Regular () irregular () Simétrica
- Ruidos respiratorios: () Normal () Roncantes () Sibilantes () Crépitos () Estertores () Estridor
- Signos de alteración respiratoria:
 Tirajes: () Intercostal () Subcostal () Retracción esternal () Disnea () Ortopnea () Aleteo nasal
 () Rinorrea () Tos seca () Tos productiva: Características de las secreciones _____
- SaO2 _____ Requerimientos de oxígeno adicional () No () Si: Método _____ FiO2 _____
- Vías aéreas permeables: si () No () ¿porque? _____

Movilidad

- Extremidades: Simétricas: () Si () No ¿Porque? _____
 Fuerza muscular: () Conservada () Disminuida
 Tono muscular: () Conservado () Hipotónico () Hipertónico () Flácido
 Movilidad de miembros: () Normal () Limitada Causas: () Contracturas () Parálisis () otro: _____
 Precisa ayuda para movilizarse: () No () Si : Tipo de ayuda _____ Con qué frecuencia _____
 Marcha: estable () inestable ()
- Actividad laboral: _____
- Estilo de vida: activo () sedentario () motivo: _____

- Desarrolla actividades recreativas: () No () Si: ¿Cuál? _____
() Cansancio () Apatía () Pérdida de interés por actividades () alteración en la concentración
- Capacidad de autocuidado:

ACTIVIDADES COTIDIANAS	Alimentación	Aseo	Vestido/arreglo	Deambulaci3n	Eliminaci3n	Actividades del hogar
Independiente (0)						
Ayuda de otros (1)						
Ayuda del personal de salud (2)						
Impedido (3)						
Hasta el ingreso						
Actualmente						

5: SUEÑO Y DESCANSO

- Sueño: No de Horas _____ Sueño: () Tranquilo () Insomnio () pesadilla () Somnolencia () Apneas () ronquidos ()
- Fraccionado () despierta muy temprano. Que interrumpe el sueño: _____
Requiere ayuda para dormir: () No () Si: () Infusi3n () Lectura () Televisi3n () Pastillas
¿C3mo se siente al despertar: () descansado () cansado
Actividades que realiza para descansar: _____
- Percepci3n del ambiente que rodea: () Confortable () No confortable ____ ¿Por qu3? _____
- Características del entorno: () Ventilaci3n () Iluminaci3n () Privacidad Problemas _____
- Tiene alg3n problema que altere su sueño: ¿cuál? _____ ¿C3mo lo altera? _____
- Recibe alg3n tratamiento que altere su sueño: ¿cuál? _____ ¿C3mo lo altera? _____

6: COGNITIVO-PERCEPTIVO

- Nivel de Conciencia: () Alerta () Letargia () Estuporo () Coma
Escala de coma de Glasgow: _____
Conducta: () Demandante () Inquieto () Cooperador () hipoactivo () otro: _____
- Orientaci3n: () No () Si () Tiempo () Espacio () Persona
Incapacidad para: () Seguir indicaciones simples () Razonar () Concentrarse () Lentitud en sus respuestas
() Lagunas mentales: _____ Con qu3 Frecuencia _____
- Sensaci3n /percepci3n:
Ojos / vista: () Normal () Con alteraciones: Tipo _____ Requiere ayuda: _____
Oídos/audi3n: () Normal () Con alteraciones: Tipo _____ Requiere ayuda: _____
Nariz / olfato: () Normal () Con alteraciones: Tipo _____ Requiere ayuda: _____
Lengua / gusto: () Normal () Con alteraciones: Tipo _____ Requiere ayuda: _____
Piel / tacto: () Normal () Con alteraciones: Tipo _____ Requiere ayuda: _____
() Entumecimiento () Hormigueo () V3rtigos
Estado sensorial: Pupilas fotorreactivas: () Si () No () Isocoria () Anisocoria
- Cognici3n: () Confusi3n () Incapacidad para recordar () Incapacidad para aprender/ retener
- Comunicaci3n: Habla: () claro () Confuso () Afasia
Percepci3n correcta de mensajes verbales: () Si () No, Lenguaje coherente: () Si () No
- Dolor: Localizaci3n _____ Intensidad _____ Características _____
Factores que lo agravan _____ Factores que lo calman _____

7: AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO

- Auto percepci3n de s3 mismo: () Expresiones de acuerdo a la realidad () Expresiones de sobrevaloraci3n
() Expresiones de subvaloraci3n ¿Cuál? _____
Manifiesta: () Resentimiento () C3lera () Expresiones de duda () Ansiedad () Falta de iniciativa
- Autoestima: () Expresiones negativas sobre s3 mismo ¿Cuál? _____
() Sentimiento de culpa () Sentimiento de fracaso () Temor () Apatía () Resistencia al cambio
- Percepci3n de la imagen corporal: () Acorde con la realidad () Confusa () Equivocada
- Realiza actividades para cuidar su imagen corporal: _____
- Actitud sobre su cuerpo: () Aceptaci3n () rechazo () Ira
- Expresi3n facial y corporal: _____

• Observaciones: _____

8: ROL-RELACIONES

- Rol: Con quien vive: () Solo () con su familia () otros: _____
 Nivel de independencia de la persona:
 Física: () Total () parcial Motivo y ayuda que requiere _____
 Económica: () Total () parcial Motivo y ayuda que requiere _____
 Psicosocial: () Total () parcial Motivo y ayuda que requiere _____
 Rol y responsabilidad dentro del grupo familiar _____
 Sistema de apoyo: () Cónyuge () Amigos () vecinos () otros _____
 Participación en actividades sociales y culturales: () No () Si ¿Cuáles? _____
 Percepción del rol en el grupo familiar: () Satisfactorio () Insatisfactorio ¿Por qué? _____
 Percepción del rol sobre la enfermedad: () Satisfactorio () Insatisfactorio ¿Por qué? _____
- Relaciones familiares
 Relaciones familiares: () Sin problemas () Problemas ¿Porque? _____
 Percepción de la familia frente a la hospitalización _____

Composición familiar (Nombres y apellidos)	Edad	Sexo	GI	Relación con el paciente

9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

- Mujer:** Menarquia _____ Patrón menstrual: Frecuencia _____ Duración _____ cantidad _____ FUM _____
- Órganos genitales: () Dolor () Secreciones anormales: características _____
 - Mamas: () Normal () asimetría () Retracciones () secreciones (características) _____
 () Masas: Características _____ Producción láctea: () No () Si
 Pezones: () Normal () lesiones () invertido () sangrado () Exudado (Características) _____
 Nódulos axilares: () No () Si Características _____
 - No de gestaciones _____ No de partos (vaginales/cesáreas): _____ No de hijos vivos _____ abortos _____
 - Embarazo: () No () Si Complicaciones _____
 - Puerperio: () No () Si Complicaciones _____
 - Menopausia: Fecha _____
 - Fecha ultima toma de Papanicolau _____ resultado: _____ Otros problemas: especifique _____
- Varón:** Genitales: () Secreciones () Hemorragias () Lesiones Características: _____

Para ambos:

- Problemas sexuales: ¿Cuál? _____ motivo: _____
- Conductas de riesgo: () No () Si ¿Cual? _____
- Utiliza algún método de planificación familiar: () No () Si ¿Problemas con el método? _____

10: ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Ha tenido algún cambio o problema importante en los últimos tiempos: No () Si () ¿Cuál? _____
- ¿Cómo se ha sentido, respecto a dicha situación?: _____
- ¿Cómo se siente la mayor parte del tiempo (Tenso o relajado)? _____ ¿qué le ayuda cuando esta tenso? _____
- Sistemas de soporte: _____
- Acepta las opiniones o criticas familiares: () Si () No ¿Porque? _____
- Observar: pupilas dilatadas () diaforesis () palidez () lesiones () alteraciones alimenticias _____
 Otros (especificar) _____

11: VALORES Y CREENCIAS

- Valores y creencias importantes en la vida personal y familiar _____
- Religión que profesa _____ Practica: () Si () No ¿porque? _____
- Confía en su líder espiritual: () si () No ¿Porque? _____
- Relaciona su enfermedad con algún valor, mitos o creencia _____
- ¿Sus prácticas sociales o ideas culturales interfieren con su enfermedad? _____
- ¿que opina de la enfermedad y la muerte? _____

Fuente: Datos obtenidos de la Universidad Cesar Vallejo, Escuela de Enfermería.

Anexo 2. Escala de Hamilton para la depresión

ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

Haga un círculo en la respuesta elegida

<i>Ítems</i>	<i>Criterios operativos de valoración</i>
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; (cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad

Fuente: Datos obtenidos de *Hamilton Depression Rating Scale*, elaborado por Max Hamilton.

Anexo 3. Autorización para realizar estudio de caso.



AUTORIZACION PARA REALIZAR ESTUDIO DE CASO

DIRECCION DE SALUD DE LA MARINA

Por medio de la presente se otorga permiso para realizar estudio de caso clínico : **DEPRESIÓN CLÍNICA** en un paciente de la **ESTRATEGIA SANITARIA DE SALUD MENTAL Y CULTURA DE PAZ.**

Será realizado por la **Bach. Enf. Max André Ylizarbe Moscoso**, Motivo de permiso: Presentación de caso clínico en el paciente: **F.O.V de 29 años, con CIP 0090786676, N° de HCL.00020100774.**

PROHIBICIONES: Por ser una institución militar está prohibido toma de fotografías a los pacientes, personal e instalaciones, de alterarse serán sancionados con el reglamento de la Institución.

CALLAO, 20 de diciembre 2021

**GIANMARCO CHIAPERINI FAVERIO
CELIZ**

CONTRALMIRANTE



PATRICIA OBANDO

Mg. EN ENFERMERÍA

Fuente: Datos obtenidos por la Dirección de Salud de La Marina.