Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)
Serie Trabajos Adaptación al Grado. 5 (3): 89-121, 2013
ISSN: 1989-5305

Plan de cuidados: depresión en tratamiento con terapia electroconvulsiva

María Belén López Alonso

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid. Pabellón 2, 3ª planta. Avda Complutense s/n. 28040. Madrid, España.
belopal@hotmail.com

Tutora
Pilar Mori Vara

Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid. Pabellón 2, 3ª planta. Avda Complutense s/n. 28040. Madrid, España.
pmori@enf.ucm.es

Resumen: La Depresión es una patología dentro de los Trastornos del Ánimo. Es un sentimiento de tristeza intenso, desproporcionado respecto a la magnitud del hecho que lo produce y/o que persiste más allá de un periodo justificado de tiempo. La Terapia Electroconvulsiva es un tratamiento biológico consistente en inducir una convulsión tónico-clónica generalizada, de forma controlada, mediante administración de un estímulo eléctrico. La actuación de enfermería se basa en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE). La expresión escrita del PAE es el Plan de Cuidados. El PAE permite la creación de un plan de cuidados utilizando criterios taxonómicos de NANDA - NOC - NIC (Diagnósticos de enfermería, Criterios de Resultados e Intervenciones de enfermería), basado en las respuestas humanas ante situaciones de salud-enfermedad. Los Planes de Cuidados tienen el objetivo de unificar lenguaje y criterios enfermeros y dotar del máximo de calidad a la aplicación del cuidado.

Palabras Clave: Depresión mental-Cuidados. Terapia Electroconvulsiva.

Abstract: Depression is a disorder within the mood disorders. It is a feeling of sadness, disproportionate with respect to the magnitude of the fact that produces and/or that persists beyond a justified period of time. ECT is a biological treatment consisting of inducing a tonic-clonic seizure widespread, in a controlled manner, through administration of an electrical stimulus. The performance of nursing is based on the application of the nursing care process (PAE). The written expression of the PAE is the Plan of care. The PAE allows the creation of a plan of care using taxonomic criteria of NANDA - NOC - NIC (nursing diagnoses, criteria of outcomes and nursing interventions), based on human responses to health-disease situations. The care plans

aim to unify language and criteria nurses and provide the maximum of quality to the implementation of the care.

Keywords: Depression-Care Plan. Electroconvulsive Therapy.

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos del Humor, también llamados del Ánimo, son enfermedades caracterizadas por alteraciones emocionales que consisten en periodos prolongados de Manía y/o de Depresión.

La tristeza y el júbilo son una parte de las experiencias normales de la vida y son diferentes de la depresión y manía que caracterizan los trastornos del humor. Son respuestas naturales a cualquier situación que el sujeto viva en forma de catástrofe o de éxito, respectivamente. La tristeza y el júbilo llevados a su extremo, bien en sus expresiones, bien en su duración, se convierten en Depresión y Manía.

La depresión es un sentimiento de tristeza intenso, desproporcionado con respecto a la magnitud del hecho que lo produce y/o que persiste más allá de un periodo justificado de tiempo.

Depresión (Del lat. depressĭo, -ōnis): Psicol. Síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos[(1)].

Los trastornos del ánimo afectan a la afectividad, a la cognición, a la psicomotricidad y por supuesto al comportamiento.

Existen numerosos métodos para medir el grado de afectación del ánimo en las personas: inventarios, escalas, tests, etc. Son utilizados por los profesionales como ayuda diagnóstica. Dentro de los más utilizados por su validez y fiabilidad encontramos:

- **Inventario de Depresión de Beck, (BAI):** Inicialmente escala heteroaplicada de 21 ítems. Beck y cols.(1979) nueva versión revisada, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz (1991), siendo ésta la más utilizada en la actualidad.

- **Escala de Depresión de Zung** (Self-Rating Depression Scale, SDS)**:** Escala Autoaplicada desarrollada por Zung (1965). Es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica.

- **Escala de Depresión de Hamilton** (Hamilton Depresión Rating Scale, HDRS): Escala heteroaplicada, diseñada con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido.

- **Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos** (Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, CES-D): desarrollada para estudios epidemiológicos en población general. Se centra en los componentes cognitivo y conductual de la sintomatología depresiva, con menor presencia de los síntomas de tipo somático.

Hipócrates (460-377 a.C.) utilizó, por primera vez, el término "melancolía" (melancolía, del griego "bilis negra"). Varios siglos después.

Pinel Ph. (1745-1826), describe así la melancolía (tristeza):

"Consiste en un juicio falso que el enfermo se forma acerca del estado de su cuerpo, que él cree en peligro por causas nimias, temiendo que sus intereses le salgan mal"[2].

EPIDEMIOLOGÍA

La depresión afecta entre el 5% y el 10% de los individuos y es el tercer motivo más frecuente de consulta en Atención Primaria. Entre el 20 y el 25% de los pacientes que acuden a su médico por problemas psíquicos presentan alguna forma de trastorno depresivo.

Según la Conferencia ministerial europea de la OMS de salud mental Who (2005) "se espera que en el 2020 la depresión sea la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado"[3].

Según la OMS, actualmente la depresión supone la primera causa de discapacidad en el mundo.

En España, las depresiones leves (52%) y las moderadas (36%) son las más prevalentes, las depresiones graves afectan a un 11% de todos los pacientes con depresión. El 1% restante tendría depresión no clasificada por nivel de gravedad.

En España, la depresión es el trastorno mental más prevalente.

El diagnóstico de depresión es más frecuente en mujeres (Anexo 1), con una prevalencia dos veces superior a la de los hombres.

La depresión es una enfermedad con un alto índice de comorbilidad. (Anexo 2). Del 50 al 75% de los pacientes con depresión presenta un deterioro cognitivo: Pseudodemencia Depresiva.

Existe una estrecha relación entre los trastornos afectivos y la propensión a causarse daño a sí mismo. "La depresión es el principal precursor del suicidio consumado, etc. Los trastornos depresivos están presentes aproximadamente entre el 65%-90% de los suicidios"[4].

Las conclusiones del estudio de Salud Mental y Género de Montero et al (2004) dicen:

"A las mujeres se les diagnostica con mayor frecuencia trastornos relacionados con la ansiedad y depresión, mientras que a los varones se les diagnostica más abuso de sustancias y trastornos de personalidad"[5].

La presencia de trastornos médicos crónicos eleva la prevalencia de los trastornos depresivos.

La depresión predomina entre la cuarta y quinta década de la vida.

Según Ayuso Mateos "sólo un 25,8% de los afectados evoluciona positivamente a corto plazo y hasta un 70% recae después de un periodo de mejoría"[6].

ETIOLOGÍA

La teoría más aceptada en cuanto al origen de la depresión se basa en la combinación de factores biogenéticos, psicológicos y socio-ambientales. Dando diferentes tipos de Depresión según la implicación de los factores responsables y sus asociaciones.

F. BIOGENÉTICOS	F. PSICOLÓGICOS	F. SOCIO-AMBIENTALES
Alt. Neurotransmisores	Rasgos de personalidad	Ambiente familiar y social
Alt. Neuroendocrinas	Experiencias emocionales	Conflictos personales
Alt. Neurológicas	Autoestima	Estrés
Alt. Inmunológicas		Roles Sociales
Alt. Nutricionales		Expectativas
Efecto 2º a tratamientos		
Consumo de drogas y alcohol		

Tabla 1. Etiología de la depresión.

CLASIFICACIÓN

El DSM-IVTR (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales)[7]. define, por una parte, episodios afectivos, de carácter depresivo (estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o sensación de placer), o maníaco (estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable):

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

Tabla 2. Clasificación de los Trastornos del Humor según DSM-IVTR.

SINTOMATOLOGÍA

La historia del rey Saúl en el Viejo Testamento y el suicidio de Ajax en la Ilíada de Homero describen ya la sintomatología de síndromes depresivos. Cursa con:

- Agitación o retardo psicomotor.
- Capacidad disminuida para la concentración y el pensamiento.
- Fatiga o pérdida de energía.
- Insomnio o hipersomnia.
- Interés disminuido por todas o casi todas las actividades de la vida diaria.
- Pensamientos recurrentes de muerte.
- Ideación suicida.
- Pérdida significativa de peso, más raramente, aumento; alteración del apetito.
- Sensaciones de fracaso o culpabilidad excesiva o inadecuada por sentirse enfermo.
- Tristeza, humor y ánimo bajo que se puede convertir en irritable.

El DSM IV establece los criterios diagnósticos de Depresión en función de las manifestaciones de la sintomatología (Anexo 3).

TRATAMIENTO

Se basa en dos pilares fundamentales: Psicofármacos y Tratamiento psicoterapéutico. La Estimulación Cerebral Profunda (DBS de Deep Brain Stimulation) es un tratamiento novedoso de escasa elección. La Terapia Electroconvulsiva (TEC) se usa en depresiones resistentes a tratamientos convencionales. Es el tratamiento utilizado en el caso presentado en éste trabajo.

Psicofármacos

Los fármacos de elección para el tratamiento de la depresión son los Antidepresivos: Fármacos diseñados para tratar la fase depresiva de cualquier enfermedad. Tardan varias semanas en hacer efecto. Remitido el cuadro debe prolongarse el tratamiento por lo menos seis meses y suspenderse de forma gradual para evitar sintomatología ansioso-depresiva que pueda ser confundida con una recidiva (Anexo 4).

Psicoterapia

Técnica que consiste en tratar las enfermedades con recursos psicológicos, de la psique, de la mente. Puede ser utilizada de forma individual, interpersonal o grupal según las necesidades del paciente y la elección del psicoterapeuta. Sus formas cognitiva, abordaje de la desesperanza y sentimientos negativos modificando los pensamientos y conductual, reconducir la satisfacción a través de las propias acciones y a abandonar patrones de conducta que contribuyen a la patología, son las más usuales en el tratamiento de la depresión. Recientemente se ha incorporado una nueva terapia Activación conductual, que ha mostrado ser tan eficaz pero más eficiente que la medicación para la depresión e incluso una mayor eficacia que la propia terapia conductual[8].

Estimulación Cerebral Profunda

Utilizada en el Parkinson, se aplica a patologías relacionadas con trastornos del movimiento, psiquiátricos (depresiones y trastornos obsesivos-compulsivos) y pacientes con dolores refractarios. Consiste en la estimulación eléctrica de estructuras diana en el cerebro - el Núcleo Subtalámico (STN) o el Globo Pálido interno (GPi) que controlan el movimiento y las funciones musculares.

Terapia electroconvulsiva (TEC). Ugo Cerletti y Beni, 1938.

La TEC es un tratamiento biológico que consiste en inducir una convulsión tónico-clónica generalizada, de forma controlada, mediante la administración de un estímulo eléctrico superior al umbral convulsivo del paciente. Su eficacia depende de la producción de crisis convulsivas generalizadas (Anexo 5).

Se piensa que el mecanismo de acción de la TEC está relacionado con sus efectos sobre varios neurotransmisores (incremento sináptico de noradrenalina, serotonina, GABA y b-endorfinas).

Es un tratamiento de elección para las enfermedades mentales graves cuando:

- Existe una nula respuesta a los psicofármacos.
- El paciente presenta una intolerancia a los psicofármacos.
- Hay una enfermedad orgánica de riesgo vital.

La TEC se recupera actualmente de su "época negra". En sus comienzos, año 1938 y posteriores, debido a la falta de moralidad en los criterios para elegir a los pacientes a los que se les aplicaba la técnica (homosexuales, delincuentes, síndrome de Down), a las condiciones infrahumanas en que se aplicaba (sin anestesia ni miorrelajación) y a las posteriores complicaciones y secuelas que dejaba en los pacientes (fracturas de huesos, alteraciones cognitivas crónicas) fue una técnica desechada quedando en el olvido y con el rechazo absoluto por una gran parte de la sociedad, incluida buena parte de los profesionales de la psiquiatría del momento.

Todo esto ha cambiado de una manera sustancial. Siendo actualmente una práctica con una seguridad más que aceptable, con menos efectos secundarios que muchos de los psicofármacos que los pacientes toman con total confianza. Es abundante la bibliografía que apoya la elevada eficacia del electroshock y la escasez de efectos secundarios.

Actualmente esta técnica se aplica en un quirófano con la presencia de anestesista, psiquiatra, enfermera y auxiliar de enfermería. Requiere los mismos requisitos legales necesarios que para cualquier intervención quirúrgica o tratamiento de riesgo:

- Consentimiento informado para anestesia.
- Consentimiento informado para aplicación de TEC.
- Preoperatorio (analítica, placa de tórax, electrocardiograma y consulta con anestesista).

El tratamiento con TEC suelen tener una frecuencia de 2-3 sesiones a la semana. Este tratamiento es eficaz, tras la sucesión de 9-10 sesiones.

Para la aplicación de la técnica es preciso:

- Breve control anestésico, con miorrelajación y ventilación artificial.
- Estimulación eléctrica (onda eléctrica de pulsos breves) que produce una ligera convulsión inducida y controlada.
- Mínima intensidad en la estimulación eléctrica para disminución de efectos.
- Reducción de complicaciones.

Indicaciones de la TEC:

- Trastornos del Ánimo**:** Depresiones y/o Manías, resistentes ó con síntomas psicóticos.
- Esquizofrenia.
- Enf. De Parkinson complicada con episodios depresivos.
- Embarazadas con trastornos afectivos o psicóticos.

Contraindicaciones. No existen contraindicaciones absolutas, especial cautela en:

- Procesos ocupantes del espacio intracraneal: hipertensión intracraneal.
- Riesgo de hemorragias (aneurismas).
- Patología cardiovascular grave: ACV ó IAM reciente.

Efectos Secundarios. Suelen ser frecuentes, pero de corta duración. Casi siempre relacionados con la dosis de miorrelajante.

- Cefalea.
- Mialgias.
- Náuseas y vómitos.
- Excitación o delirio postictal.
- Alteraciones cognitivas.

Complicaciones. Son bastante menos frecuentes que los efectos secundarios.

- Cardiovasculares y pulmonares.
- Convulsión prolongada.
- Apnea prolongada.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

"Los seres humanos de diferentes culturas del mundo han cuidado, y siguen cuidando la mayor parte del tiempo, la vida desde que ésta nace. Este hecho es el verdadero origen de cuidar, ya que cuidar es tan viejo como el mundo y tan cultural como la diversidad que caracteriza a la humanidad"[9].

Los conceptos de cultura y cuidado están íntimamente relacionados. La práctica del cuidado es un fenómeno universal, pero las expresiones, procesos y modelos de cuidados varían de una cultura a otra.

Cuidar empieza por uno mismo y está íntimamente relacionado con las propias y previas experiencias con los cuidados y con la cultura en la que se nace y en la que se vive.

Cuidar es la identidad de la enfermería, y todo lo relativo a la profesión enfermera en sus distintas funciones, asistencial, docente, investigación y gestión, está basado en el cuidado.

El Proceso de Atención de Enfermería es el conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados de salud reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de Enfermería.

La utilización de la metodología científica dota de rigor a la práctica profesional. El uso del método científico en la práctica enfermera se plasma en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

La **Metodología Enfermera** es un método sistemático y organizado que permite administrar cuidados de enfermería, centrado en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas (persona – familia y/o grupos – comunidad) y las alteraciones de la salud reales o potenciales que los usuarios presentan en cualquier momento y circunstancia de su ciclo vital.

Los **Planes de cuidados** enfermeros son la expresión escrita de la aplicación del proceso de atención enfermero.

El PAE consta de cinco etapas: **valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación** (Anexo 6).

"Todas estas etapas están articuladas entre sí y conforman el ciclo de atención al individuo". (Callista Roy y Aspinall, 1976).

La valoración enfermera se puede realizar siguiendo las 14 Necesidades de Virginia Herdenson o utilizando los Patrones Funcionales de salud que Marjory Gordon creó a mediados de los años 70, para enseñar a sus alumnos de la Escuela de Enfermería de Boston[10].

Los agrupó en 11 Patrones con una estructura para valorar cada uno de los aspectos de salud que afectan al individuo. Tienen la característica de conducir de forma lógica al diagnostico enfermero, contemplan al paciente de forma holística y recogen toda la información necesaria del paciente, familia y entorno. Los 11 Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon son:

- Patrón I: Percepción y Control de la Salud.
- Patrón II: Nutricional/Metabólico.
- Patrón III: Eliminación.
- Patrón IV: Actividad/Ejercicio.
- Patrón V: Sueño/Reposo.
- Patrón VI: Cognitivo/Perceptivo.
- Patrón VII: Autopercepción/Autoconcepto.

- Patrón VIII: Relaciones.
- Patrón IX: Sexualidad.
- Patrón X: Afrontamiento/Tolerancia al Estrés.
- Patrón XI: Valores/Creencias.

El PAE, como sistema de registro de las actuaciones autónomas de la enfermería está sometido a la legislación vigente (Anexo 7).

"El proceso de enfermería es la base del que hacer del profesional enfermero, lo que le permite investigar para poder administrar los cuidados y educar, o sea, construir y participar con el cliente en su cuidado"[11].

Proporciona un método lógico y racional para organizar la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz. Facilita la comunicación al profesional de enfermería; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; mejora la calidad de la atención; propicia el crecimiento profesional y proporciona información para la investigación[12].

El lenguaje es utilizado por los seres humanos como medio de comunicación con sus congéneres. Este lenguaje se ha ido adaptando, a lo largo de la historia del hombre, a sus necesidades. Las disciplinas científicas utilizan un lenguaje propio que las define. No podía ser menos en el caso de la Enfermería, cuyo lenguaje se basa actualmente en la Taxonomía Enfermera: NANDA/ NOC / NIC (Diagnósticos, Resultados e Intervenciones de Enfermería)[13].

- NANDA: Diagnósticos de Enfermería: "Juicio clínico sobre la respuesta de la persona, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales que proporcionan la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable"

- NOC: Criterios de Resultado: "Estado, conducta o percepción del individuo, familia o comunidad, medido a lo largo de un continuo en respuesta a intervenciones de enfermería"

- NIC: Clasificación de Intervenciones de enfermería. "Todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un enfermero para favorecer el resultado esperado del paciente". Las intervenciones de enfermería permiten al paciente avanzar hacia el resultado deseado".

"La persona que no conoce su lengua vive pobremente, vive a medias, aún menos". Pedro Salinas (1892-1951).

Existe una diferencia fundamental entre la concepción del diagnóstico médico y el diagnóstico de enfermería. Éste último siempre se centra en la persona (individuo o

comunidad), reflejando sus respuestas ante diferentes situaciones de salud o enfermedad, pero no recoge la patología en sí misma.

Al establecer un diagnóstico enfermero mediante la valoración enfermera se establece el campo de actuación propio, delimitando y definiendo las funciones de la profesión.

Los diagnósticos de enfermería reúnen una serie de características [14]:

- Son el resultado de una valoración enfermera (no de patologías o de la valoración de otras profesiones).
- Se basan en datos empíricos, contrastables y objetivables.
- Abordan la salud de forma integral: contemplan aspectos biológicos, psicológicos y socio-culturales.

Mediante la aplicación del PAE al paciente se garantiza una actuación de calidad profesional, medible y a disposición de otras disciplinas para su complementación.

Mediante la aplicación del PAE, IMPRESCINDIBLE en la práctica asistencial, se ofrece al paciente el resultado de un proceso de investigación constante, aplicado por profesionales que pertenecen a una disciplina con rigor científico, y adecuado a las necesidades específicas de cada paciente que se trata.

"El cuidado forma parte de la realidad"… "el cuidado innato es real"… "el cuidado instintivo es real"… "el anticuidado forma parte de la realidad"…"el no cuidado existe"…"el cuidado evoluciona"…"EL CUIDADO ES ENERGÍA"[15].

OBJETIVOS

Objetivo general

- **Diseñar** un Plan de Cuidados enfermeros para un paciente diagnosticado de Depresión, ingresado en una UHB (Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría) en un Hospital General, para tratamiento con Terapia Electroconvulsiva.

Objetivos específicos

- **Aplicar** el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), cuya expresión escrita es el Plan de Cuidados, siguiendo rigurosamente su metodología: VALORACIÓN (Patrones de Marjory Gordon), DIAGNÓSTICO, PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN.

- **Utilizar** el lenguaje enfermero TAXONOMIA NANDA, NIC, NOC para el diseño del Plan.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 58 años de edad, mujer, diagnosticada de Depresión Resistente, que ingresa en la UHB (Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría), por descompensación de su proceso y para recibir tratamiento con Terapia Electroconvulsiva. (TEC)

Varios ingresos previos en la UHB con el mismo diagnóstico.

No alergias medicamentosas conocidas (NAMC). No enfermedades orgánicas de interés. No hábitos tóxicos. No antecedentes de enfermedades psiquiátricas en su familia.

Buena adhesión al tratamiento. Seguimiento de su proceso en el Centro de Salud Mental.

En el momento actual refiere apatía, presenta desgana para la movilidad lo que le convierte en dependiente para casi todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Alteraciones del sueño agravadas por posturas no facilitadoras del descanso en la cama y a que se levanta y se acuesta continuamente, sin ningún fin aparente, lo que impide que concilie el sueño.

Se realiza protocolo de TEC (EKG, Rx Tórax, Analítica de sangre y consulta con anestesista) y se instaura tratamiento con terapia electroconvulsiva manteniendo el tratamiento farmacológico.

Tratamiento habitual:

- Omeprazol 20 mg. en ayunas.
- Lactitol 15 mg en ayunas.
- Venlafaxina 150mg en desayuno y cena.
- Loracepan 1 mg en desayuno, comida y cena.
- Mirtazapina 30 mg antes de acostarse.

Constantes vitales en rango de normalidad:

- TA: 120/60 mm Hg.
- Tª : 36.5°C.
- Fc.: 88 p’ m.
- R: 16 p’ m.

ISSN: 1989-5305

Medidas antropométricas dentro de límites de normalidad:

- Peso: 56 Kg.
- Altura: 162 cm.
- IMC Kg/ m2: 21.3

PLAN DE CUIDADOS

Valoracion de enfermería

La valoración de enfermería ha sido realizada utilizando los patrones funcionales de M. Gordon.

PATRÓN 1: MANEJO Y PERCEPCIÓN DE LA SALUD

No alergias medicamentosas conocidas. Una vez le salió un salpullido por el cuerpo después de haber pasado un día en el campo pero no le ha vuelto a pasar.

Está un poco cansada de su situación de dependencia. Hace todo lo que dicen los psiquiatras: acude a las citas en el CSM (centro de salud mental) y toma la medicación de una manera escrupulosa pero considera que no sirve para nada, pues vuelve a enfermar. Siempre ha llevado una vida "sana", no ha fumado ni consumido alcohol.

Se considera una persona enferma pues cree que la enfermedad está mucho más presente en su vida que la salud.

Lleva ya cinco ingresos hospitalarios en 3 años. Le han dicho los médicos que los fármacos no le hacen mucho efecto y que van a probar con otros tratamientos.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL-METABÓLICO

Come bien, suele tener apetito. No tiene variaciones significativas de peso y su peso es adecuado. Le hacen la comida cuando está enferma y estos días tienen que partirle los alimentos pues ella no tiene ninguna gana de hacerlo, le falta energía. Utiliza prótesis dentaria fija en la arcada superior pero no lo impide la ingesta de ningún tipo de alimento.

Su IMC es normal. Su Tª está en rango de normalidad.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

Utiliza laxantes de forma continua desde hace años, no recuerda cuantos, desde antes de estar "enferma". Con los laxantes sus deposiciones son satisfactorias. Alguna

vez se le ha escapado la orina pero ha sido cuando ha aguantado mucho tiempo antes de ir al baño por no tener "fuerzas" para llegar. No precisa ayuda para ir al inodoro.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO

Cuando se encuentra bien pasea a diario con su esposo, hace la compra e incluso va al gimnasio dos veces en semana.

Pero en periodos como el actual no tiene energía ni para ocuparse de ella misma. Pasa el día sentada o tumbada y cualquier actividad le provoca un gran esfuerzo. No es capaz de terminar nada de lo que empieza, todo le parece "un mundo" y a mitad de las tareas suelen dejar de interesarle.

Se encuentra muy lenta, las tareas le cunden muy poco y se cansa demasiado para las actividades que realiza. Ella ha sido capaz de hacer eso y mucho más.

Sus constantes vitales no tienen alteraciones:

- TA: 120/60 mmHg.
- Fc: 88 p' m.
- R: 16 p' m.

PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO

Duerme con ayuda de hipnóticos, aun cuando está mejor de su sintomatología depresiva. Cree que ya se ha acostumbrado a ellos y no los puede dejar; si no los toma, esa noche no descansa.

En estos días no logra conciliar el sueño, y cuando por fin logra dormir, al despertar no tiene sensación de sueño reparador. Está preocupada.

A menudo duerme una pequeña siesta en el sofá, pero eso no es suficiente, aún peor, cree que le quita tiempo para realizar sus actividades.

PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTUAL

A veces presenta desgana para la expresión oral. Prefiere el silencio. Refiere tener problemas para acordarse de las cosas, olvida casi todo lo importante y tarda mucho tiempo en realizar cualquier tarea sencilla, en muchas ocasiones no puede terminarla pues ya no se acuerda de lo que estaba haciendo.

A veces tiene ideas raras que no sabe si han sido parte de un sueño o las ha tenido de verdad. No es capaz de seguir ni una conversación sin perderse o cansarse. Ha perdido el interés por "todo", no le encuentra sentido a nada.

No se siente en condiciones de llevar su casa como siempre ha hecho. Su familia ha contratado a una persona para que ayude en las tareas del hogar y eso le hace sentirse aún más "inútil".

Lo único que la conforma es que con esta enfermedad no padece dolor.

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

Siempre le ha gustado arreglarse para salir con su marido, le gustaba comprar ropa nueva cada temporada. En los períodos en los que se encuentra enferma todo esto le da igual.

Piensa que su familia la ve como una carga. No es capaz de cumplir con sus obligaciones de ama de casa y cree que se están cansando de ella.

Manifiesta sentirse culpable de que no haya armonía en casa y sus hijos tengan que hacer las cosas que le corresponden a ella eso les resta tiempo para su ocio y piensa que reniegan de la enfermedad de madre.

Cada vez se siente más pesimista cuando piensa en el futuro.

PATRÓN 8: ROL-RELACIONES

Madre de 3 hijos, dos varones y una mujer, vive con ellos y su esposo en su domicilio.

Cuenta con apoyo familiar, de todos los miembros de su familia, y con el de sus dos hermanos.

Nunca ha tenido problemas para relacionarse. Se lleva bien con sus vecinas pero en los periodos en los que está enferma no tiene ganas de nada. Con su familia también mantiene el contacto, están pendientes de ella y su enfermedad. Cuando se encuentra bien le sigue gustando salir con su marido sobre todo a pasear. Pero cuando está enferma no se levanta de la cama hasta pasado medio día y en el mejor de los casos se sienta en el sillón.

PATRÓN 9: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Tuvo su primera regla a los 13 años. Tres embarazos y todos llegaron a término. Ningún aborto. Tuvo la menopausia hace unos 9 años.

Está preocupada por su vida sexual, cree que su marido puede llegar a dejarla si no cuida ese aspecto y se esfuerza por seguir siendo activa en este sentido, aunque no tiene ninguna gana. Piensa que su marido lo sabe y lo vive como otro fracaso más, como otra decepción más.

PATRÓN 10: AFRONTAMIENTO - TOLERANCIA AL ESTRÉS

Refiere que en su vida hubo "un gran bajón" cuando se murió su madre. Cree que ahí empezaron las primeras "depresiones". Ella se ocupó de su madre cuando estuvo enferma hasta que falleció. Ha tenido a su familia apoyándola y no sabe por qué le pasa esto, ahora no encuentra ningún motivo que justifique su tristeza.

A veces se define como cobarde, a medida que pasa el tiempo se siente más débil para afrontar el nuevo periodo de enfermedad. Espera que el nuevo tratamiento sea efectivo.

PATRÓN 11: VALORES-CREENCIAS

No se manifiesta creyente. Su madre si lo era. No ha pensado mucho en su vida en la religión.

Lleva fatal la enfermedad y lo que la limita, cada día más.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

PATRÓN 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO

- Diagnóstico. **00092 Intolerancia a la actividad.**
- Factores de relación. **3261 Sedentarismo.**
- Características definitorias. **2291 Informes verbales de debilidad.**

"Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas R/C Sedentarismo y M/P Informes verbales de debilidad"

PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO

- Diagnóstico. **00095 Insomnio.**
- Factores de relación. **2533 Malestar prolongado (físico, psicológico).**
- Características definitorias. **2418 La persona informa de dificultad para conciliar el sueño. 2422 La persona informa de sueño no reparador. 2471 La persona informa de dificultad para concentrarse**.

"Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento R/C Malestar prolongado (físico, psicológico) y M/P La persona informa de dificultad para conciliar el sueño, de sueño no reparador y de dificultad para concentrarse".

PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTUAL

- Diagnóstico. **00128 Confusión aguda.**
- Factores de relación. **3768 Trastornos psiquiátricos (depresión).**
- Características definitorias. **1776 Falta de motivación para mantener una conducta dirigida al logro de un objetivo.**

"Inicio brusco de trastornos reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo R/C Trastornos psiquiátricos (depresión) y M/P Falta de motivación para mantener una conducta dirigida al logro de un objetivo".

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

- Diagnóstico. **00119 Baja autoestima crónica**
- Factores relacionados. **3768 Trastornos psiquiátricos (depresión).**
- Características definitorias. **2426 Expresiones de culpa. 2429 Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos.**

"Larga duración de una autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus propias capacidades R/C Trastornos psiquiátricos (depresión) y M/P Expresiones de culpa y Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos".

PATRÓN 9: SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

- Diagnóstico. **00065 Patrón sexual ineficaz**
- Factores relacionados .**4053 Conocimientos sobre respuestas alternativas ante transformaciones relacionadas con salud, alteración de la estructura o función corporal, enfermedad o tratamiento médico.**
- Características definitorias. **184 Alteraciones en las relaciones con la persona significativa.**

"Expresión de preocupación respecto a la propia sexualidad R/C Conocimientos sobre respuestas alternativas ante transformaciones relacionadas con salud, alteración de la estructura o función corporal, enfermedad o tratamiento médico y M/P Alteraciones en las relaciones con la persona significativa".

- Diagnóstico. **00015 Riesgo de estreñimiento.**
- Factores de riesgo. **258 Antidepresivos. 44 Actividad física insuficiente.**

"Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces o eliminación de heces duras y secas"·

PLANIFICACIÓN. EJECUCIÓN

El orden en que vamos a incidir sobre los diagnósticos se debe a la prioridad en la consecución de la solución de dicho diagnóstico. Es el siguiente:

- 00128 Confusión aguda .PATRÓN 6: COGNITIVO-PERCEPTUAL.
- 00095 Insomnio .PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO.
- 00092 Intolerancia a la actividad .PATRÓN 4: ACTIVIDAD-EJERCICIO.
- 00119 Baja autoestima crónica .PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO.
- 00015 Riesgo de estreñimiento.

Entiendo que el diagnóstico puesto en primer lugar, Confusión aguda, tiene prioridad con respecto al resto pues es el que más sufrimiento y limitación para desarrollarse, hasta en lo básico, supone para la paciente. Una vez recuperada la normalidad de sus funciones cognitivas superiores, creo que la voluntad y el deseo devolverán a una situación basal a la paciente que le permitirá retomar su posición inicial de antes de la agudización de su proceso, posición en la que la paciente era autónoma y se sentía dueña de su vida.

Poniendo solución al diagnóstico nombrado en segundo lugar, Insomnio la paciente volverá a disponer, gracias al sueño y consecuente descanso, de la energía necesaria para atajar con éxito el tercer diagnóstico, Intolerancia a la actividad, retomando sus actividades habituales y como consecuencia, su rol. En definitiva encontrando el lugar que creía perdido en su domicilio y en su familia y que favorecerá el retorno de una autoestima adecuada.

Una vez situados en el punto anterior, el cuarto diagnóstico, Baja autoestima **crónica** dejará de incomodar a la paciente, pues ésta está ya en situación de retomar sus actividades básicas de autocuidado, con la suficiente energía y deseo para ocuparse de nuevo de su vida, desde el principio, recuperando lo que creía perdido y sintiéndose, otra vez, la persona que era. Reconociéndose, en definitiva, ya que hacía mucho tiempo que no se veía así misma.

He eliminado directamente el diagnóstico 00065 Patrón sexual ineficaz pues creo que desaparece al conseguir un resultado satisfactorio de los primeros. No pudiendo incidir nosotros directamente sino indirectamente a través de los mencionados.

El diagnóstico de riesgo se tratará para evitar signos y síntomas que lo conviertan en diagnóstico real.

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE RESULTADO	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
00128 Confusión aguda R/C Trastornos psiquiátricos(depresión) (3768) M/P Falta de motivación para mantener una conducta dirigida al logro de un objetivo (1776)	**000901 Orientación cognitiva** Capacidad para identificar personas, lugares y tiempo con exactitud INDICADORES 02716 Identifica el día presente…….....1 02718 Identifica el mes actual……1 02727 Identifica eventos actuales significativos……..2 (Grave-Sustancial-Moderada-Levemente comprometido-No comprometido)	**001800 Ayuda al autocuidado** Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria **006450 Manejo de ideas ilusorias** Fomento de la comodidad, seguridad y orientación de la realidad de un paciente que experimenta creencias falsas, fijas, que tienen poca o ninguna base real **002300 Administración de medicación** Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación	02461 Comprobar la capacidad de cuidados de sí mismo 00514 Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada
			07055 Informar sobre la enfermedad al paciente/seres queridos, si las ilusiones están fundadas en una enfermedad (delirio, esquizo, depresión)
	000907 Elaboración de la información Capacidad para adquirir, organizar y utilizar la información INDICADORES 03585 Muestra procesos del pensamiento lógicos……..3 05891 Verbaliza un mensaje coherente……..4		08669 Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados
			11138 Utilizar ayudas para la memoria y pistas visuales para ayudar a paciente cognitivamente alterado 10376 Reforzar o repetir la información
		004720 Estimulación cognoscitiva Favorecer la conciencia y comprensión del entorno por medio de la utilización de estímulos planificados	

DIAGNÓSTICO	CRITERIOS DE RESULTADOS	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
00095 Insomnio R/C Malestar prolongado (físico, psicológico) (2533) M/P La persona informa de dificultad para conciliar el sueño. 2418 M/P La persona informa de sueño no reparador. 2422 M/P La persona informa de dificultad para concentrarse. 2471	**000004 Sueño** Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo INDICADORES 01450 Dificultad para conciliar el sueño……1 (Grave-Sustancial-Moderado-Leve-Ninguno) 01736 Eficiencia del sueño ……..2 00571 Calidad del sueño…….. 2 (Grave-Sustancial-Moderada-Levemente comprometido-No comprometido)	**002304 Administración de medicación: oral** Preparación y administración de medicamentos por la boca **001850 Mejorar el sueño** Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia	10479 Registrar los medicamentos administrados y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con el protocolo de la institución 04868 Enseñar al paciente a controlar las pautas de sueño 04314 Disponer siestecillas durante el día, si se indica, para cumplir con las necesidades de sueño 00465 Ajustar el ambiente para favorecer el sueño

	CRITERIOS DE RESULTADOS	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
00119 Baja autoestima crónica R/C Trastornos psiquiátricos (depresión). 3768	**001205 Autoestima** Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo INDICADORES 05126 Sentimientos sobre su propia persona.	**005400 Potenciación de la autoestima** Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su	01321 Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta

M/P Expresiones de culpa. 2426 M/P Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos. 2429	(Nunca-Raramente-A veces-Frecuentemente-Siempre positivo) **001208 Nivel de depresión** Intensidad de la melancolía y de la pérdida de interés por los acontecimientos de la vida INDICADORES 01950 Estado de ánimo deprimido……1 02273 Expresión de culpa inapropiada o excesiva……1 (Grave-Sustancial-Moderada-Leve-Ninguno)	propia valía **005370 Potenciación de roles** Ayudar a un paciente, a un ser querido y/o a la familia a mejorar sus relaciones clarificando y complementando las conductas de papeles específicos **005270 Apoyo emocional** Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión	01678 Ayudar al paciente a identificar los cambios de roles específicos necesarios debido a enfermedades o discapacidades 06073 Facilitar la discusión sobre la adaptación de los roles de la familia para compensar los cambios de rol del miembro enfermo 09032 Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad
DIAGNÓSTICO	**CRITERIO DE RESULTADO**	**INTERVENCIONES**	**ACTIVIDADES**
00015 Riesgo de estreñimiento R/C Antidepresivos. 258 R/C Actividad física insuficiente.	**000501 Eliminación intestinal** Formación y evacuación de heces INDICADORES 03925 Patrón de eliminación (Grave-Sustancial-Moderada-	**000200 Fomento del ejercicio** Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin. de mantener o	01492 Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades

44	Leve-No comprometido)	mejorar el estado físico y el nivel de salud **000430 Manejo intestinal** Establecimiento y mantenimiento de una evacuación intestinal de esquema regular	05505 Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales

EVALUACIÓN

Recibe tres sesiones de TEC a la semana, lunes, miércoles y viernes. No refiere efectos secundarios, a excepción de alguna cefalea puntual tratada con analgesia (Metamizol cápsulas).

No se han producido complicaciones durante la aplicación de las sesiones.

Tiene permisos de salida con sus familiares por las tardes que transcurren con normalidad, indicando la familia que la paciente “se convierte en una persona normal cuando sale a la calle”.

Está pendiente de las visitas y espera los permisos de salida con ilusión.

La paciente comienza a ser independiente, durante más tiempo cada día llegando a ser prácticamente autónoma a las 3 semanas de recibir el tratamiento.

Recupera su patrón de sueño y es evidente en su persona el resultado.

Intenta “dirigir” su domicilio desde el hospital. Realiza llamadas telefónicas a sus hijos para darles instrucciones sobre la comida, el lavado de la ropa y demás cosas que se le ocurren.

Comienza a interesarse por el alta, aunque confiesa que tiene miedo de volver a recaer.

CONCLUSIÓN

El PAE nos permite determinar las necesidades del paciente, diagnósticos enfermeros, de una forma rigurosa, científica. Nos proporciona las herramientas necesarias para atender al usuario en función del desarrollo de un Plan de Cuidados, expresión escrita del PAE, adecuado a la persona que tratamos en cada ocasión.

Superado el imperativo "tiempo" que dificulta, en algunas ocasiones, la aplicación de este proceso, los profesionales nos servimos de un método que nos permite el registro de un trabajo que ha sido, en muchas ocasiones, infravalorado debido al desconocimiento. De lo registrado hay constancia, de otra manera seguiríamos contribuyendo al desperdicio de "conocimientos" y a la dificultad en la difusión de éstos.

Envueltos en una visión holística de los procesos de salud y con la implicación de profesionales que se guían por un criterio de trabajo basado en la formación universitaria y la experiencia vital/profesional, los enfermeros desempeñamos nuestras funciones avalados por una disciplina científica que abandera a nuestra profesión.

Sea cual fuere la situación de salud del paciente, el PAE es un instrumento indispensable en el quehacer enfermero, cuya base son sin duda alguna, ya sea en su formación, investigación, aplicación o gestión: LOS CUIDADOS.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pinel F. Traité Médico-Philosophique sur l'Aliénation Mentale. 2ª ed. París: J.A Brosson; 1809.

2. Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas: Comisión de las comunidades europeas; 2005 [citado 27 enero 2011]. Disponible en: www.aen.es/web/docs/libroverdeSMcas.pdf.

3. Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. BMC Psychiatry. 2004;4:37-47.

4. Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M, Moreno-Küstner B, Reneses B, Usall J, et al. Género y salud mental en un mundo cambiante. Gac Sanit. 2004;18 supl.1:175-181.

5. Ayuso Mateos JL. Depresión: una prioridad en salud pública. Med Clin (Barc). 2004; 123(5):181-196.

6. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. 4ª ed. Barcelona. Masson; 2003.

7. Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Addis ME, et al. Ensayo aleatorio de activación conductual, terapia cognitiva y los medicamentos antidepresivos en el tratamiento agudo de los adultos con depresión mayor. J Clin Psychol. 2006 Aug;74 (4):658-70.

8. Rohrbach-Viadas C. Cuidar es antiguo como el mundo y tan cultural como la diversidad de la humanidad. Cul Cuid. 1997 jul-dic; 1(2):36-9.

9. Gordon M. Manual de diagnóstico de enfermería**. Madrid:** McGraw-Hill-Interamericana; 2007.

10. Villalobos NA. La implementación en el nivel operativo del proceso de enfermería. Rev. Latinoam Enfermagem. 1999;7(1): 67-73.

11. Johnson M, Bulecheck GM, Butcher HK, McCloskey-Dochtermann J, Maas M, Morread S, et al, editores. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.

12. Oposiciones Enfermeros del Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM) Vol. I. Madrid: CEP; 2007.

13. Reyes L. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. Revista Ciencia y Enfermería. 2007;13(1):45-57.

14. Santamaría García JM, Jiménez Rodríguez L. Axiomas del cuidado: El cuidado es energía. Lenguaje del cuidado. 2010;2(7):54-6.

15. Campos Burgui MS, Martínez-Larrea JA. Trastornos afectivos: análisis de su comorbilidad en los trastornos psiquiátricos más frecuentes. Anales Sis San Navarra. 2002;25 (Supl. 3):117-36.

16. Harold I, Kaplan MD, Benjamín J, Sadok MD. Tratado de psiquiatría VI. Vol.II. 6ª ed. Madrid: Inter-médica; 1996.

17. Matud MP, Guerrero K, Matías R. Relevancia de las variables sociodemográficas en las diferencias de género en depresión. Internacional Journal of Clinical and Health Psychology, 2006;6 (1):7-21.

18. González S, Fernández Pérez J, Amigo I. Variables predictoras de los resultados de un programa de prevención secundaria de la depresión. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2007; 7(1): 13-26.

19. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: INE; 2006.

20. Montesó Curto MP. Salud mental y género: causas y consecuencias de la depresión en las mujeres [Tesis doctoral]. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología; 2008.

21. Torres CV, Lozano AM. Estimulación cerebral profunda para el tratamiento de la depresión resistente. Rev Neurol. 2008;47(9):477-482.

22. Pérez M, García J. Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. Psicothema. 2001;13(3):493-510.

23. McDonald WM, Thompson TR, McCall WV, Zorumski CF. Terapia electroconvulsiva. En: Schatzberg AF, Nemeroff CB, editores. Tratado de psicofarmacología. Barcelona: Masson; 2006. p. 751-5.

24. Martínez Arribas S. Terapia electroconvulsiva (TEC). Rev ROL Enferm. 2005;28(10):61-2.

25. Contarini PI, Ortiz Frágola E, Fahrer R. Actualización en terapia electroconvulsiva. Archivos de Neurología, Neurocirugía y Neuropsiquiatría. 2005;10(2):29-33.

26. Tejedor García M, Etxabe Marceil M. Guía práctica de informes de enfermería en salud mental. Barcelona: Glosa; 2007.

27. Vázquez Chozas JM, Muñoz González, MA. El proceso de atención de enfermería. Teoría y práctica. Alcalá de Guadaira (Jaén): MAD; 2008.

28. Bulecheck GM, Butcher HK, McClosqkey-Dochtermann J, editores. Clasificación de intervenciones en enfermería. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.

29. Moorhead S, Johnson M, Maas MK, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.

30. Herdman TH, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

1. Fornés J. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Planes de cuidados. Madrid: Médica Panamericana; 2005.

2. Méndez MA, Muñoz M, Sevilla L. Enfermería ante la depresión. Boletín de enfermería de Atención Primaria. 2006;3(6):1-13.

3. García Campayo J, Lou Arnal S. Trastornos afectivos y género. Claves en Salud Mental. Zaragoza: Faes Farma; 2006.

4. Antonini, C. Depresión. Tratamiento en el logro de objetivos. 8º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis [Internet]. 2007. [citado 27 enero 2011]. Disponible en : http://hdl.handle.net/10401/4304

5. Pomeroy C, Mitchell J, Roerig J, Crow S. Complicaciones médicas de los trastornos psiquiátricos. Madrid: Luzán 5; 2005

6. Rigol A, Ugalde M. Enfermería de salud mental y psiquiátrica 2ª ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2006.

7. Finalé Sabater A, Zarragoitía Alonso I. Aspectos bioéticos relacionados con el tratamiento del electroshock en pacientes psiquiátricos. Rev Hosp Psiquiátr La Habana. 2008;5(2):1.

8. Bertolín JM, Sáez C, Hernández ME, Peiró S. Eficacia de la terapia electroconvulsiva: revisión sistemática de las evidencias científicas. Actas Esp Psiquiatr. 2004;32(3):153-65.

9. Pérez M. La activación conductual y la desmedicalización de la depresión. Papeles del Psicólogo. 2007;28(29), 97-110.

RECURSOS ELECTRÓNICOS

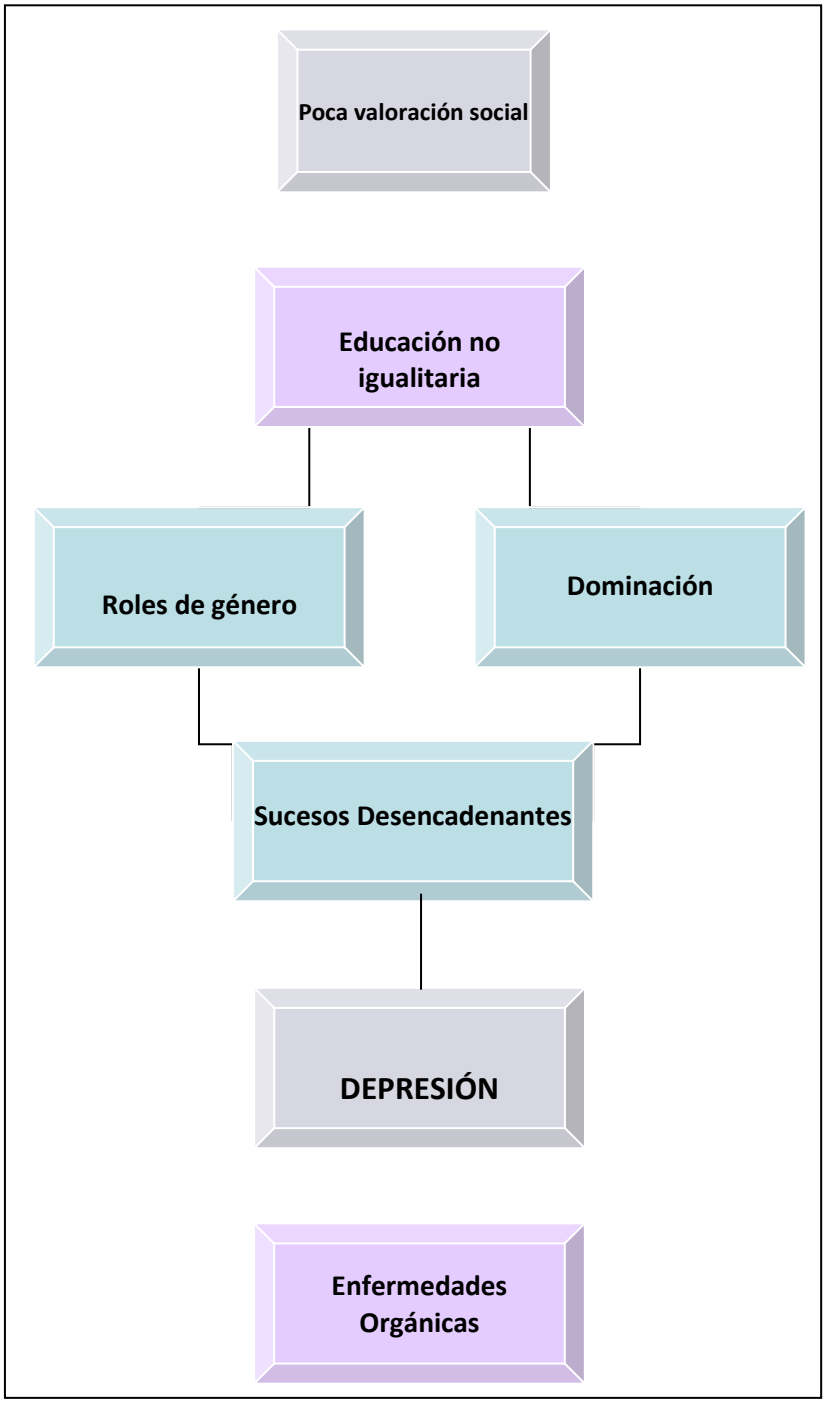
1. Real Academia Española [sede Web] [Citado 06 febrero 2011. Disponible en: http://www.rae.es.

2. Tejedor García MJ, Etxabe Marceill MP, Aguilar-Blardony NodaY. La TEC, una realidad en el Hospital Universitario Nuestra Sra. de La Candelaria. ENE: Rev Enfermería [Internet]. 2009 [citado 04 febrero 2011] 3(3):57-72. Disponible en http://enfermeros.org/revista

ISSN: 1989-5305

ANEXO I
SECUENCIA DE LA DEPRESIÓN EN LA MUJER

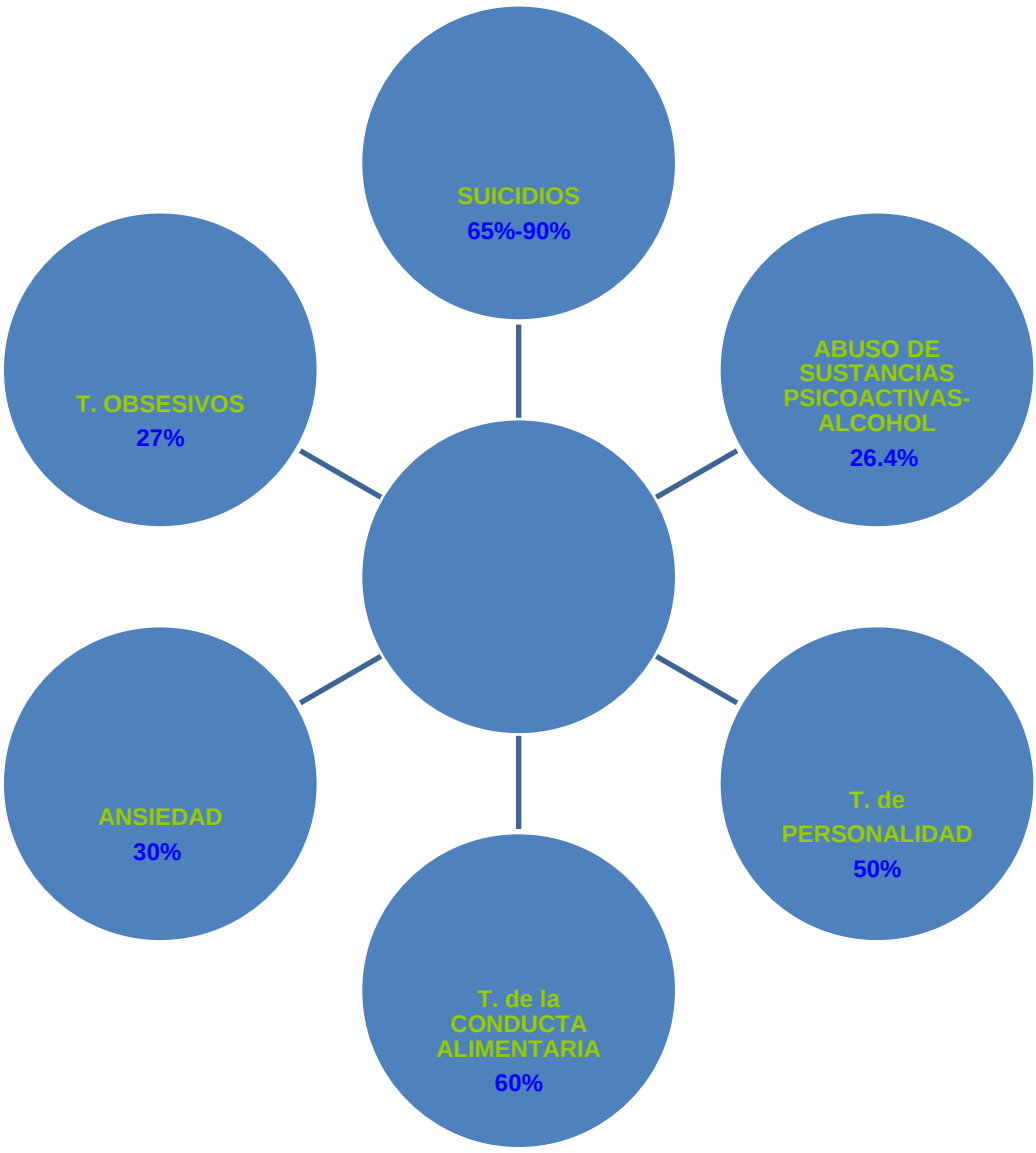
Fuente: Montesó M.P. Salud mental y género: Causas y Consecuencias de la Depresión en las Mujeres. 2008. Pg. 279. Tesis Doctoral.



ISSN: 1989-5305

ANEXO II
GRÁFICO COMORBILIDAD DE LA DEPRESIÓN: PATOLOGÍAS QUE COHABITAN MÁS COMÚNMENTE CON LA DEPRESIÓN. PORCENTAJES. TABLA ORIGINAL

Datos obtenidos: Campos Burgui MS, Martínez-Larrea JA. Trastornos afectivos: análisis de su comorbilidad en los trastornos psiquiátricos más frecuentes. Anales. Sis San Navarra 2002; 25 (Supl. 3): 117-36.



ANEXO III
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EPISODIO DEPRESIVO MAYOR SEGÚN DSM-IV-TR

Fuente: American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV. Barcelona: Masson 2003

Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntoma s es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o placer.

A

(1)Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.

(2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.

(3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

(5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.

(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

(7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos os días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).

(8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).

(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

B

Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto

C

Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.

D

Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo).

E

Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

ISSN: 1989-5305

ANEXO IV
TABLA ANTIDEPRESIVOS

PRINCIPIO ACTIVO	NOMBRE COMERCIAL	GRUPO	EFECTOS SECUNDARIOS
Amitriptilina	**(Triptizol)**	(ATC)	Boca seca Cefaleas Dificultar al orinar Estreñimiento Inquietud Insomnio Náuseas Nerviosismo Problemas sexuales Somnolencia Visión borrosa
Citalopram	**(Seropram)**	(ISRS)	
Clorimipramina	**(Anafranil)**	(ATC)	
Duloxetina	**(Cymbalta)**	(IRSN)	
Escitalopram	**(Essertia)**	(ISRS)	
Fluoxetina	**(Prozac)**	(ISRS)	
Imipramina	**(Tofranil)**	(ATC)	
Mirtazapina	**(Rexer)**	(NaASE)	
Paroxetina	**(Seroxat)**	(ISRS)	
Sertralina	**(Besitrán)**	(ISRS)	
Venlafaxina	**(Vandral)**	(IRSN)	
Trazodona	**(Deprax)**	(ATTC)	
Iproniazida	**(Iproniazida)**	(IMAO)	

GRUPOS DE ANTIDEPRESIVOS:

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).
- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN).
- Antidepresivos tricíclicos (ATC).
- Noradrenérgicos y antidepresivos serotoninérgicos específicos (NaASE).
- Antidepresivos tetracíclicos (ATTC).
- Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO)

ANEXO V
ESTRUCTURA DEL PAE (PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA)

Consta de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

"Todas estas etapas están articuladas entre sí y conforman el ciclo de atención al individuo". (Callista Roy y Aspinall, 1976).

1. Valoración: proceso estructurado y sistemático de recogida y organización de datos sobre el estado de salud de un individuo, familia, grupo y/o entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores. A su vez se divide en varias fases:

RECOGIDA DE DATOS: Es primordial seguir una sistemática. La sistemática considerada más completa, actual y extendida es la basada en los Patrones de Salud de Margory Gordon. La valoración por Patrones permite contemplar al paciente de forma holística/completa.

INTERPRETACIÓN: supone la validación de los datos obtenidos para determinar su veracidad; sería conveniente el uso de escalas validadas para evitar interpretaciones subjetivas (escala Braden en el Patrón II o el Test de Richmond en el Patrón I). Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados y por lo tanto objetivos.

ORGANIZACIÓN: se trata de ordenar la información para llegar a la identificación de problemas. Se utilizan los Patrones Funcionales de M. Gordon. Así se facilita la priorización de los mismos.

2. Diagnóstico de Enfermería: resultado de la valoración de Enfermería obtenemos unas conclusiones y detectamos unos problemas de salud. En la actualidad los diagnósticos de enfermería se enuncian según la Taxonomía NANDA.

3. Planificación: en esta fase se desarrollará el plan de cuidados, como conjunto de estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas detectados y/o promocionar la salud. Antes de planificar el cuidado debemos plantearnos qué queremos que consiga el paciente a través de él. Así, la planificación debe realizarse con un orden lógico:

PRIORIZACIÓN: los diagnósticos o problemas detectados raramente pueden ser abordados al mismo tiempo por falta de recursos materiales, económicos, falta de tiempo o disponibilidad del paciente, etc. Deben ser ordenados jerárquicamente para establecer una prioridad de actuación.

PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS de salud a conseguir, para determinar la finalidad de nuestra actuación. En la actualidad están definidos mediante la Taxonomía NOC.

ELABORACIÓN DE ACTUACIONES de enfermería: se eligen aquellas intervenciones enfermeras que ayudarán al individuo/comunidad a lograr los objetivos de salud establecidos. Se denominan mediante la Taxonomía NIC.

DOCUMENTACIÓN Y REGISTRO: fundamental para el seguimiento del proceso a todos los niveles (profesionales, interprofesionales, de gestión, legales, etc.). Un buen registro de enfermería aumenta y demuestra la calidad del trabajo realizado.

4. Ejecución: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

5. Evaluación: Permite conocer si las intervenciones realizadas han ayudado al paciente a lograr los objetivos planteados. Supone la medición de los objetivos para determinar si se ha solucionado el problema inicial, si ha cambiado o si se necesitan nuevas intervenciones.

ANEXO VI. LEGISLACIÓN ESPAÑOLA. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. (PAE)

España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, del Código Civil. Boletín Oficial del Estado, 274 de 15/11/2002, p. 40127-32.

Según la Ley 14/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica establece que "los enfermeros, como profesionales sanitarios, tienen la obligación de cumplimentar la historia clínica de sus pacientes en función de los cuidados que le son propios" (Art. 3), "siendo además esta cumplimentación un derecho del paciente" (Art. 15.1). Refleja también esta Ley que "este registro debe mantenerse de forma ordenada y secuencial por parte de los profesionales que intervienen en él" (Art. 17).

El Plan de Cuidados de Enfermería es considerado como contenido imprescindible de la historia clínica, detallando esta Ley que "debe recoger la planificación y evolución de los cuidados de enfermería" (Art. 15.2).

España. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, del Código civil. Boletín Oficial del Estado, 280 de 22/11/2003 Sec 1, p. 41442-58.

Según la Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, "la enfermería en el ejercicio de su profesión, debe asegurar la continuidad asistencial de los cuidados a sus pacientes" Art. 4.7.d) "siendo de obligado cumplimiento la documentación asistencial, informativa o estadística que determine el centro de trabajo" (Art. 4.7.c).

"Refleja la obligatoriedad de asegurar la accesibilidad y continuidad de la atención sanitaria aún cuando sea realizada por un equipo multidisciplinar" (Art.9).

Recibido: 1 abril 2013.
Aceptado: 3 noviembre 2013.