

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON
DEPRESIÓN, EN EL HOSPITAL REGIONAL “GUILLERMO DIAZ
DE LA VEGA”; ABANCAY - 2020**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN SALUD
MENTAL**

YANETT ALARCÓN ESPINOZA

**Callao - 2020
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO PRESIDENTA
- DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA SECRETARIA
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO VOCAL

ASESORA: DRA. ANA ELVIRA YAMUNAQUE MORALES

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 118-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 20 de Agosto del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

AGRADECIMIENTO

A la prestigiosa universidad Nacional del Callao, por contribuir a mi desarrollo profesional.

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

A mi esposo, mi hija que en todo momento me inspiraron a seguir adelante.

A mis docentes, por compartir sus experiencias adquiridas durante el recorrer de su vida profesional.

INDICE GENERAL

INTRODUCCION.....	4
-------------------	---

CAPÍTULO I:

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

1.1.Descripción de la Situación Problemática	6
--	---

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes.....	10
------------------------	----

2.1.1 Antecedentes Internacionales	10
--	----

2.1.2 Antecedentes Nacionales	13
-------------------------------------	----

2.2. Bases Teóricas	15
---------------------------	----

2.2.1. Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes	15
--	----

2.2.2. Nueva teoría sobre la depresión: un equilibrio del ánimo entre el sistema nervioso y el inmunológico, con regulación de la serotonina-quinurenina y el eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal.....	14
--	----

2.2.3. Nueva teoría sobre las causas de la depresión: las mitocondrias podrían ser la razón biológica.....	16
--	----

2.2.4. La teoría Déficit de autocuidado:.....	17
---	----

2.2.5. Teoría De Enfermería Virginia Henderson	19
--	----

2.2.6. Teoría cognitiva de la depresión.....	21
--	----

2.2.7. Teoría conductual de disminución del refuerzo positivo.....	21
--	----

2.2.8. Teoría cognitiva de Beck:	22
--	----

2.2.8.1. Dimensión cognitiva:.....	22
------------------------------------	----

2.2.8.2. Dimensión conductual:	23
--------------------------------------	----

2.2.8.3. Dimensión afectiva	23
-----------------------------------	----

2.3. Bases Conceptuales.....	23
------------------------------	----

2.3.1 Clasificación de Depresión:	23
2.3.1.1 Episodio depresivo leve	23
2.3.1.2. Episodio depresivo moderado	24
2.3.1.3. Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	25
2.3.1.4. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	25
2.3.1.5. Otros episodios depresivos	27
2.3.1.6. Episodio depresivo sin especificación	27
2.3.2. Síntomas y Signos de la Depresión	27
2.3.3. Características de la depresión y género	27
2.3.4 La depresión en las Mujeres	29
2.3.5. La Depresión en los Hombres	29
2.3.6. La depresión en los adultos mayores	29
2.3.7. Depresión en Niños	30
2.3.8. Depresión en los Adolescentes	31
2.3.9. Fisiopatología de la depresión.....	31
2.4. Tratamiento de la depresión.	32
2.4.1. Tratamientos psicológicos:	32
2.4. Definición de Términos Básicos	35

CAPITULO III:
PLAN DE INTERVENCION

3.1 Valoración	37
3.1.3. Enfermedad actual	38
3.1.4. Antecedentes.....	38
3.1.6. Valoración según modelo de clasificación de dominios y clases	43
3.1.7. Esquema de valoración	46
3.2 Diagnostico de Enfermería	47
3.2.1. Lista de hallazgos significativos	47
3.2.2. Diagnósticos de enfermería según datos significativos.....	48
3.2.3.- Esquema de Diagnóstico de Enfermería	49
3.3. Planificación	49
3.3.1 esquema de planificación	50
3.4. Ejecución y evaluación	53
3.4.1. Registro de enfermería: SOAPIE	53
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES.....	54
ANEXOS.....	57
BIBLIOGRAFÍA.....	61

INTRODUCCION

La depresión es uno de los trastornos mentales con mayor prevalencia en diversos contextos del mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006) indica que, para el año 2020, la depresión se convertirá en la segunda causa principal de discapacidad a nivel mundial; de manera específica, en países desarrollados, ocupará el tercer lugar y, en países en vías de desarrollo como el Perú, dicha enfermedad ocupará el primer lugar. Asimismo, la OMS señala que más de 350 millones de individuos sufren este trastorno, a pesar de que la depresión es un trastorno mental tratable, la mayoría de personas que la experimentan no solicitan ni reciben el tratamiento requerido (1)

El hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega, es una institución donde acuden todo los pacientes referidos de todo el ámbito del Departamento de Apurímac, donde se presentan casos de pacientes adultos con trastornos mentales como la depresión, etc., que acuden por consultorios externos, Servicio de Emergencia, y algunos pacientes vienen con enfermedades adyacentes , los cuales son captados en consultorio externo y requieren ayuda del Psiquiatra pero viendo la realidad no contamos con un servicio exclusivo para pacientes con problemas mentales en este nosocomio, motivo por el cual son hospitalizados en el servicio de medicina por enfermedades adyacentes más el problema de depresión en un ambiente aislado por indicación de la Dirección General.

Es por tal motivo el interés de realizar el presente informe de experiencia laboral profesional titulado "Cuidados de Enfermería en pacientes adultos con Depresión del Hospital Regional Guillermo Díaz

de la Vega de Abancay -2020”, que tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes con Depresión.

El presente informe consta de **VII** capítulos, los cuales se detallan a continuación: **el capítulo I:** describe el planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, **el capítulo II:** incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, **el capítulo III:** plan de intervención, valoración diagnóstica de enfermería, planificación, ejecución y evaluación, Conclusiones, Recomendaciones, Referencias bibliográficas, y Anexos

CAPÍTULO I:

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

1.1.Descripción de la Situación Problemática

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la depresión es la cuarta enfermedad que más incapacidad provoca en el mundo. Asimismo, la OMS estima que su frecuencia aumentará en los próximos años y que pasará del cuarto puesto al segundo en esta lista de enfermedades que generan más incapacidad. La depresión es la enfermedad psiquiátrica más frecuente. Cerca del 20% de las personas padecen a lo largo de su vida una depresión. El 70% de los pacientes con depresión son mujeres. (2)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la depresión es la cuarta enfermedad que más incapacidad provoca en el mundo. Asimismo, la OMS considera que su frecuencia aumentará en los próximos años y que pasará del cuarto puesto al segundo en esta lista de enfermedades que desencadenan más incapacidad. La depresión es la enfermedad psiquiátrica más frecuente. Cerca del 20% de las personas padecen a lo largo de su vida una depresión. El 70% de los pacientes con depresión son mujeres. (3)

Según la (OMS, 2020) la tasa de suicidios en el continente americano es de 9.8 por cada 100 mil habitantes. Esto significa unas 65 mil muertes anuales. En el continente, el país con la mayor tasa de suicidios es Guyana, con 29 por cada 100 mil habitantes, por ende, Guyana, Uruguay y Chile son los países que

exhiben las mayores tasas de suicidios en América Latina. Entre las naciones con tasas mediana baja vemos a Argentina con una tasa de 9,1; Ecuador 8,2; Guatemala 7,4; Costa Rica 7,0; 7 Panamá 6,6; Honduras 6,4; Colombia 6,0 y Brasil 5,8. Le sigue con una tasa baja de suicidio, se ve a República Dominicana 5,1; Paraguay 4,8; México 4,5; Venezuela 3,6; Bolivia 3,6 y Perú 1,6. (4)

Según [OPS](#) (2005) la depresión ocupa el cuarto lugar entre las diez principales causas de morbilidad y se calcula que para el año 2020 ocupará el segundo lugar, siendo la segunda causa de enfermedad entre personas de 15 a 44 años de ambos sexos. Algunos de los problemas socio-económicos y educativos siguientes son susceptibles de afectar al adolescente y provocar síntomas depresivos en la región y en Uruguay. (5).

La depresión es una enfermedad que afecta el estado de ánimo (humor), las personas deprimidas experimentan profundos sentimientos de tristeza, que pueden resultar invalidantes para desarrollar sus relaciones familiares y sus responsabilidades laborales.(6)

En el Perú (2018), el 7% de la población está conformada por adultos de 60 años a más. Hay aproximadamente 2 millones de Adultos Mayores, y se proyecta que para el 2020 estará alrededor de los 4 millones. (9). Según Ministerio de Salud, una de cada cuatro personas necesita cuidado por algún tipo de trastorno mental, pero solo tres de cada diez la reciben. Un estudio del Instituto de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, en Lima, reveló que el 12% de la población tendría síntomas de algún trastorno mental cada año. De los cuales la mitad corresponde a casos simples de depresión, el resto son problemas de ansiedad.

Se ha demostrado que, de cada 100 personas que van a un centro de salud, 30 tienen como problema de fondo un trastorno de salud mental (7).

Según INEI (Instituto Nacional de Estadística e Información), el grupo de personas mayores de 60 años se elevó de 5,7% en 1950 a 10,1% en el 2017 y sabiendo que el 38,5% de las familias peruanas tienen por lo menos un 15 miembro adulto mayor; en Lima Metropolitana el 41,5% y en la zona rural el 41,3%.(8)

Sandoval, C. (2014). La depresión es una enfermedad del sistema nervioso que consiste en un desequilibrio los neurotransmisores que actúan internamente en el cerebro como comunicadores, en donde se transmite una serie de información de neurona a neurona como el dolor, la memoria, los sentidos, el hambre, el frío, el miedo, el placer, la tristeza etc. En la depresión ocurre un desequilibrio con un neurotransmisor llamado serotonina, la cual es una sustancia del placer y otras sustancias derivados de la adrenalina, que ocasionan un estado de tristeza y melancolía. (9)

En el Hospital Guillermo Diaz de la Vega donde laboro los datos estadísticos son los siguientes:

AÑO	DEPRESION LEVE F32.0	DEPRESION MODERADO F32.1	DEPRESION GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS F32.2	DEPRESION GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS F32.3	OTRO ENF. DEPRESION F32.8	ENF. DEPRESION S/E F32.9
2017	181	283	41	6		21
2018	82	367	37	5		6
2019	70	314	26	7	1	5
TOTAL	333	964	104	18	1	32

Fuente: Unidad de Informática y Estadística del HRGDVA

Como se ve en el cuadro el diagnóstico más relevante es la DEPRESION MODERADA, con 964 casos desde el año 2017, como se ve en el año 2019 tenemos 314 casos, son datos sumados en su totalidad, entre adolescentes y adultos.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

TOAPANTA, M. (2015) Ecuador, realizó un estudio titulado "Programa de recreación para disminuir la escala de depresión de adultos mayores en el Hogar de Ancianos de Instituto Estupiñán, con el **objetivo** de elaborar un programa recreacional para disminuir la escala de depresión en los adultos mayores. **La metodología** fue descriptiva teniendo como muestra a 60 adultos mayores a quienes se le realizó el test Yesavage, obteniendo como resultados que el 80% del total de encuestados tienen depresión moderada, el 10% no sufre depresión, el 10% depresión grave o severa, el 35% es de género masculino y el 65% de género femenino. A causa de varios factores, la que más destaca es el abandono que posee un 66.7% de las actividades que se considera primordial para reducir los niveles de depresión es un 20 34,78% es la visita de los familiares, las actividades recreativas son las más adecuadas para disminuir la depresión en un 100%,**concluyó:** La depresión es mayor en las mujeres y el factor que más predispone es el abandono de los familiares, además de que una de las tácticas adecuadas para contrarrestar la misma es la recreación del adulto mayor (10).

ANGUIANO, S. y Col, (2017), realizaron un estudio en México, cuyo objetivo fue establecer los niveles de depresión

relacionados al tiempo con la enfermedad del hospital Juárez de México. Metodología fue un estudio fue transversal, descriptivo, donde se incluyeron a 111 pacientes. Encontraron que el 47% presentaban síntomas de depresión, los pacientes con menos de dos años de diagnóstico (grupo A), presentaron depresión (media de 7.77) frente a pacientes con más de dos años con el diagnóstico (grupo B) con una media de 13.33 para depresión. En los pacientes con una enfermedad crónica su media fue 10.29 para depresión, pacientes con dos o más enfermedades crónicas fue, depresión 9.97. Conclusión que de acuerdo al tiempo de diagnóstico la depresión fue aumentando, además, hubo una relación positiva y moderada alta lo cual indicó que a mayor ansiedad mayor depresión (11).

VICENTE, B y COLBS. (2016) realizan en Chile el estudio de los “determinantes biopsicosociales de la depresión en pacientes atendidos en un centro de atención primaria”, objetivo si las variables genéticas tiene relación con la depresión, Metodología mediante un estudio de cohorte prospectivo con evaluaciones a los 12 meses y una muestra aleatoria de 1,596 personas, a los que se les midieron 8 factores sicosociales, además de factores genéticos. La variable de resultado fue la presencia o ausencia de depresión a 12 meses de seguimiento. Un ejemplo predictivo para la depresión se obtuvo mediante análisis de regresión logística binaria. Conclusión fueron que las variables genéticas no tienen ninguna relación estadísticamente significativa con la variable depresión a los doce meses de seguimiento (12).

BASTIDAS, O. (2015) realizó una investigación titulada “El bullying como factor causal en los cuadros depresivos de los niños de la escuela 27 de febrero de la ciudad de Ambato” que

tuvo como objetivo estudiar el bullying como posible factor causal de cuadros depresivos de la Escuela de Educación básico 27 de Febrero de Ambato. Metodología fue cuantitativa, con un nivel asociativo entre las variables. La muestra estuvo constituido por 100 estudiantes entre 8 y 11 años del cuarto a octavo año de estudios, como instrumentos se utilizó el autotest de Cisneros para evaluar el bullying y el inventario infantil CDI para detectar los niveles depresivos como ausencia de depresión. Conclusión que el tipo de bullying de tipo verbal es el de mayor incidencia (45%) y que el bullying está asociado con un nivel mínimo y moderado de cuadros depresivos (13).

SALAZAR, A y REYES, M. (2015); Bogotá, realizaron un estudio denominado “Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores”, que tuvo como objetivo valorar la prevalencia de depresión en una muestra de adultos mayores de Bogotá y explicar los factores de riesgo psicosocial asociados, metodología que utilizaron para el estudio fue de corte transversal observacional-descriptivo, en 889 adultos mayores autónomos. La depresión fue evaluada con el test de depresión geriátrica Yesavage y los factores de riesgo con la sección de acontecimientos vitales del cuestionario. Como resultados fueron el 74% de la muestra estuvo constituida por mujeres, la media de edad fue de 72,51 (DS 9,4) años y la escolaridad promedio en años fue de 7,50 (DS 5,64). Así mismo, se estimó una prevalencia de depresión del 18,6%, siendo mayor en mujeres (20%) y (18%) en sujetos entre 70 y 79 años, los adultos con baja escolaridad sumaron un 43%, y el 22% lo constituyeron personas dependientes económicamente.

Conclusión se encontró conexión entre la depresión y cinco de los factores de riesgo psicosocial conocidos como acontecimientos vitales adversos, insomnio, vivir solo, padecer enfermedades crónicas, haber sufrido una crisis económica, y la muerte de un familiar o amigo cercano en el último año.(14)

2.1.2 Antecedentes Nacionales

LICAS, M. (2015) En Lima –Perú, realizó un estudio titulado “Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de Atención Integral TaytaWasi 2014”, con el objetivo de determinar el nivel de depresión de los adultos mayores que participan en el centro de atención integral del adulto mayor, metodología de estudio fue aplicativo, cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra fue de 73 adultos mayores, que se eligió por la técnica de muestreo el aleatorio simple. Se recolectó los datos a través de la entrevista y como instrumento para almacenar datos se usó la Escala de Depresión Geriátrica - El Test de Yesavage.con los siguientes resultados depresión normal 23%, depresión leve 58%, depresión severa 19%, concluyendo: Los adultos mayores que participan en el centro de atención “TaytaWasi” presentan un nivel de depresión leve (15).

GALLARDO,B. y CAMPOS, D.(2017) en una investigación que por título llevo “Relación entre depresión con niveles de autoestima en mujeres víctimas de violencia conyugal que acuden al centro de emergencia mujer San Pablo en Cajamarca” en el año 2017 tuvo como objetivo determinar la relación entre depresión y niveles de autoestima en féminas víctimas de violencia conyugal que van al centro emergencia ya que en esta población están más vulnerables y sensibles no

solo a tener baja autoestima sino a sufrir de depresión grave. Para obtener los resultados de esta tesis se utilizó la metodología de aplicación de instrumentos Psicológicos como: ZUNG y Autoestima 25 de Cesar Ruiz, con la finalidad de evaluar en mujeres víctimas de violencia conyugal los niveles de autoestima y depresión. Conclusión se obtuvo muestra que existe relación significativa entre depresión y niveles de autoestima, esto nos conlleva a concluir que las mujeres que tienen una depresión ambulatoria, presentan baja autoestima dentro de un marco de violencia Conyugal (16).

MAMANI, B. (2016) en Puno, realizó una tesis titulada “Depresión y disfunción familiar en estudiantes del cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Secundaria Industrial Perú Birf, Juliaca-2015”, con el objetivo: determinar la correlación entre depresión y disfunción familiar en 126 adolescentes, metodología realizó estudio de tipo descriptivo correlacional. En relación a los niveles de depresión se observó que el 46% no presentó depresión, el 29.8% tuvo depresión leve, el 18.5% depresión moderada y el 5.6% depresión grave. Con respecto a la funcionalidad familiar, el 53.2% procedían de familias normo funcionales, el 36.3% de familias con disfuncionalidad leve y el 10.5% con disfuncionalidad familiar grave. El coeficiente de correlación arrojó una relación significativa entre depresión y disfunción familiar. La autora concluyó que existe una relación entre disfuncionalidad familiar y depresión. (17)

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes

La teoría de desesperanza de la depresión o teoría de la depresión por desesperanza, dispone que las personas que poseen estilos inferenciales negativos son más propensas a desarrollar síntomas depresivos (más específicamente los síntomas del subtipo "depresión por desesperanza") cuando experimentan sucesos vitales negativos que las personas que no poseen dichos estilos. En concreto analizaron resultados retrospectivos y prospectivos referidos al Eje I (trastornos depresivos, incluido el subtipo de depresión por desesperanza), la vulnerabilidad cognitiva y los trastornos de personalidad concurrentes (Eje II), los mecanismos atediante los cuales los estilos cognitivos incrementan la vulnerabilidad para la depresión, y Eje 3 el maltrato infantil como posible factor causal de la vulnerabilidad cognitiva para la depresión. También se discute la evidencia relevante para la integración de la teoría de la desesperanza y la vulnerabilidad biológica para la depresión. Finalmente, se ponen de relieve posibles implicaciones para la prevención y tratamiento de la depresión.(18)

2.2.2. Nueva teoría sobre la depresión: un equilibrio del ánimo entre el sistema nervioso y el inmunológico, con regulación de la serotonina-quinurenina y el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.

Interacción de los sistemas inmunitario y nervioso, y el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal en el estado sano y en el depresivo. En el estado sano, las respuestas del sistema

inmunitario y del nervioso se mantienen en equilibrio frente a la actividad del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal y la relación entre la actividad de las enzimas IDO y la triptófano hidroxilasa. Dicho equilibrio produce un acoplamiento perfecto entre las áreas de influencia del sistema nervioso y las del inmunitario representadas por los óvalos que aparecen anclados en la actividad del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal, y la relación de la actividad entre las enzimas indolamina 2,3-dioxigenasa (IDO) y triptófano hidroxilasa (TPH). En el estado depresivo, aumenta la actividad del eje hipotálamo-hipofiso-suprarrenal y de la vía de la quinurenina, así como los niveles de la enzima IDO y las interleucinas proinflamatorias IL-6 e IL-1b, en tanto que disminuye el de interleucinas antiinflamatorias como la IL-10, entre otras. En esta condición, las áreas del sistema inmunitario y del nervioso ya no se acoplan de manera perfecta y aparecen como dos áreas independientes. (19)

2.2.3. Nueva teoría sobre las causas de la depresión: las mitocondrias podrían ser la razón biológica.

La disfunción en las mitocondrias, la principal fuente de energía para las células, podría ser la causa biológica de esta enfermedad.

La mayoría de las teorías sobre las causas biológicas de la depresión se han centrado en la idea de que es causada por un desequilibrio en los neurotransmisores como la serotonina. Sin embargo, los antidepresivos pueden aumentar los niveles de serotonina casi de inmediato, aunque tarda semanas para tener un efecto terapéutico sobre los síntomas de la depresión. Esto sugiere que la serotonina es poco probable que sea la causa de la depresión, explica la doctora Lisa E. Kalynchuk, (Canadá). Los

antidepresivos solo funcionan en alrededor de la mitad de los pacientes, y con frecuencia tienen efectos secundarios adversos.

Buscaron causas específicas dentro de las células cerebrales. Esto los llevó hasta las mitocondrias, que son la principal fuente de energía para las células, pero también ayudan a regular la función cerebral.

Lo que sí sabemos es que este proceso es metabólicamente exigente y requiere mucha energía, lo que nos llevó a sospechar que las mitocondrias son la causa principal de la depresión, ya que proporcionan energía a las células, argumenta Kalynchuk.

Los investigadores creen que la disfunción de las mitocondrias puede llevar a una cascada de efectos que resultan finalmente en la depresión. Una idea que, según estos científicos, ofrece una nueva oportunidad para el desarrollo de nuevos fármacos antidepresivos que pueden normalizar la función de las mitocondrias.(20)

2.2.4. La teoría Déficit de autocuidado:

Dorothea Elizabeth Orem presentó la “Teoría de enfermería del déficit de autocuidado” compuesta por tres teorías relacionadas: del **autocuidado**, que explica el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas; **déficit de autocuidado**, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente, **sistemas de enfermería**. Para aplicar el modelo de Orem hay que conocer cómo define los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud. De acuerdo con Dorothea Orem, El autocuidado es la capacidad

que tiene una persona para realizar actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto “auto” como la totalidad; incluye las necesidades físicas, psicológicas y espirituales; el concepto “cuidado” es la totalidad de actividades que una persona inicia para mantener la vida y poder desarrollarse de una forma normal.(21)

2.2.5. Teoría De Enfermería Virginia Henderson

Virginia Henderson: Teoría iniciadora de la escuela de las necesidades. Su propuesta de las 14 necesidades, es utilizada en la actualidad en la academia y en los escenarios clínicos de varios países.

Se trata de una teoría sobre la definición de la enfermería clínica, en el cual se ve reflejado el **paradigma de integración**.

El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.

Salud: Es la calidad de salud más que la propia vida, es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales:

1º.- **Respirar con normalidad**: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.

2º.- **Comer y beber adecuadamente**: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.

3º.- **Eliminar los desechos del organismo:** Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.

4º.- **Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada:** Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

5º.- **Descansar y dormir:** Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.

6º.- **Vestimenta adecuada:** Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.

7º.- **Mantener la temperatura corporal:** Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.

8º.- **Mantener la higiene corporal:** Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.

9º.- **Evitar los peligros del entorno:** Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.

10º.- **Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades , miedos u opiniones :** Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.

11º.- **Ejercer culto a Dios, acorde con la religión:** Mantener nuestra fe de acuerdo a cual sea la religión sin distinciones por

parte del plantel enfermero.

12º.- **Trabajar de forma que permita sentirse realizado:** Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo

13º.- **Participar en todas las formas de recreación y ocio:** Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14º.- **Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud:** Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos.

Cuidado: Dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

Entorno: Factores externos que tienen un efecto positivo o negativo de la persona. El entorno es activo. Incluye relaciones con la propia familia, las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

Persona: como un ser constituido por los componentes biológicos psicológicos sociales y espirituales que tratan de mantenerse en equilibrio, es integral.

La enfermera debe evaluar las necesidades del paciente, las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y familia como una unidad.

Virginia establece tres tipos de niveles en la relación que establece el enfermero/a con el paciente en el proceso de cuidar:

1. Nivel sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.
2. Nivel de ayuda: la enfermera lleva a cabo sólo aquellas acciones que el paciente no puede realizar.
3. Nivel de acompañamiento: la enfermera continua al lado del paciente desempeñado tareas de asesoramiento y reforzado el potencial de independencia del sujeto y como consecuencia su capacidad de autonomía.

2.2.6. Teoría cognitiva de la depresión

Se considera a Aaron Beck, el fundador de la teoría cognitiva, menciona que la persona deprimida tiende a pensar negativamente de sí misma, muchas veces se atribuyen así mismas los acontecimientos negativos de sí mismo basándose fundamentalmente en el procesamiento de la información donde pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas, creencias disfuncionales, y sesgos en el procesamiento de la información van a dar cuenta de la depresión. (22)

2.2.7. Teoría conductual de disminución del refuerzo positivo

Lewinsohn, Youngren y Grosscup (citado por Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000). Mencionan que la depresión puede ser la consecuencia dada por reducción del reforzador positivo contingente a las conductas del paciente, guiando a un estado de ánimo deprimido y a una reducción en el número de conductas, como la baja autoestima y la desesperanza serian la consecuencia lógica de la reducción en el nivel de actividad.

Es decir la pérdida de refuerzos positivos, se deben a un ambiente poco favorable para la persona, disminución de habilidades sociales en las personas, incapacidad para disfrutar los reforzadores disponibles debido a los niveles elevados de ansiedad.(23)

2.2.8. Teoría cognitiva de Beck:

Según Beck (citado en Vázquez, Muñoz, y Becoña 2000). Refirió que la depresión en gran medida es el resultado de las interpretaciones erróneas de los acontecimientos y situaciones que tiene que enfrentar el sujeto, en cuanto al modelo de la terapia cognitiva de la depresión propone que los esquemas se expresará en la consciencia del individuo.

Se especificará las dimensiones que corresponde a la escala geriátrica de Yesavage teniendo en consideración los aspectos cognitivo- conductual y afectivo referidos en los ítems que distinguen la depresión en el adulto mayor.(23)

2.2.8.1. Dimensión cognitiva:

Según Beck (citado en Camacho, 2000). Se fundamenta en la triada cognitiva de Beck, refiriéndose en el contenido cognitivo de un sujeto deprimido acerca de si mismo, su mundo y su futuro es disfuncional y negativo basada en sus actitudes, el paciente deprimido se ve a sí mismo como indigno, el mundo lo ve lleno de obstáculo y el futuro totalmente desesperanzador así como también preocupación por el futuro y problemas para concentrarse.(23)

2.2.8.2. Dimensión conductual:

Lewinsohn (citado en Gonzales 2010). En sus aportes apoyados de la terapia cognitiva se explica que la regulación de las conductas se da partir de un ajuste, adaptación y readaptación de éstas dentro de un conjunto de circunstancias ambientales cambiantes, por ello la depresión se basa en que los factores ambientales y cognitivos son los responsables de la presencia de este trastorno.(23)

2.2.8.3. Dimensión afectiva

Según Beck (citado en Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000). La afectividad en las personas deprimidas disminuye por las ideas erróneas del sujeto depresivo, cuando estas sensaciones se vuelven muy intensas, se asocian con sentimientos de impotencia e inutilidad, el paciente se vuelve dependiente y puede intentar el suicidio.(23)

2.3. Bases Conceptuales

2.3.1 Clasificación de Depresión:

2.3.1.1 Episodio depresivo leve

- Pautas para el diagnóstico
- Ánimo depresivo,
- La pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar
- El aumento de la fatigabilidad se consideran como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo

- Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, sin embargo es probable que no la deje por completo, asimismo, se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia de síntomas somáticos:
- **Sin síndrome somático:** Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo leve y están presentes pocos síndrome somático o ninguno.
- **Con síndrome somático:** Se satisfacen las pautas de episodio depresivo leve y también están presentes cuatro o más de los síndromes somáticos (si están presentes sólo dos o tres, pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

2.3.1.2. Episodio depresivo moderado

- Pautas para el diagnóstico
- Deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve
- El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
- Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar su actividad social, laboral y doméstica.
- Se puede utilizar la presencia de síndrome somático
- **Sin síndrome somático:** Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y no están presentes síndromes somáticos.
- **Con síndrome somático:** Se satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y están también presentes cuatro o más de los síndromes

somáticos (si están presentes sólo dos o tres pero son de una gravedad excepcional, puede estar justificado utilizar esta categoría).

2.3.1.3. Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

- Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, los riesgos de suicidio es importante en los casos particularmente graves.
- **Pautas para el diagnóstico**
- Deben estar presentes los tres síntomas típicos del episodio leve y moderado , y además por lo menos cuatro de los demás síntomas , los cuales deben ser de intensidad grave , sin embargo , si están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotrices el enfermo puede estar poco dispuesto o ser incapaz de describir síntomas con detalle.

2.3.1.4. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio depresivo grave en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo.

Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable.

Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición.

Incluye:

- Episodios aislados de depresión mayor con síntomas psicóticos.
- Depresión psicótica.
- Psicosis depresiva psicógena.
- Psicosis depresiva reactiva.

2.3.1.5. Otros episodios depresivos

- Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados en F32.0-F32.3, pero que por la impresión diagnóstica de conjunto indican que son de naturaleza depresiva. Incluye:
 - Depresión atípica.
 - Episodios aislados de depresión "enmascarada" sin especificación.

2.3.1.6. Episodio depresivo sin especificación

Incluye:

- Depresión sin especificación.
- Trastorno depresivo sin especificación

2.3.2. Síntomas y Signos de la Depresión

- Pensamientos Suicidas
- Ánimo Deprimido
- Dificultad para Concentrarse
- Cambio Sentimiento de soledad
- Sentimientos de culpa
- Trastorno del sueño
- Llanto

- Falta de apetito
- Pérdida de interés
- Cambios de peso **(24)**

2.3.3. Características de la depresión y género

La mujer está expuesta a numerosos cambios hormonales a lo largo de su vida que influyen de manera determinante su estado de ánimo. Estos cambios, dependen a la situación e intensidad pueden dar lugar a depresiones graves:

Menstruación como causa de depresión: los días previos a la menstruación alteran su estado de ánimo (las estadísticas revelan que los delitos cometidos por mujeres se producen, sobre todo, en los días previos a la menstruación).

Anticonceptivo como causa de depresión: cuando se toman de forma prolongada en el tiempo pueden ser causa de síntomas depresivos.

Dar a luz como causa de depresión: los brutales cambios hormonales a los que se somete la mujer durante el embarazo y el parto pueden ser causa de una depresión postparto, a esto hay que añadir las dificultades con la que la mujer se encuentra a la hora de asumir la maternidad en todos sus aspectos.

Menopausia como causa de depresión: por los factores Hormonales y cambios corporales, el factor psicológico (miedo a envejecer, crisis existencial, síndrome del nido vacío, etc.).

En el hombre no existe una causa determinada que pueda causar depresión se sabe que, de las personas que sufren depresión, un 1/3 parte son hombres y 2/3 partes son mujeres.

A pesar de esto, el índice de suicidios consumados se da en mayor número entre hombres que entre mujeres. (25)

2.3.4 La depresión en las Mujeres

La depresión es dos veces más común en mujeres que en hombres. Existen elementos biológicos –como el ciclo de vida, factores hormonales y psicosociales que son únicos de la mujer, y ello puede estar relacionado con que las tasas de depresión sean más elevadas entre las mujeres.

Las hormonas afectan directamente las sustancias químicas del cerebro que regulan las emociones y los estados de ánimo. Las mujeres son particularmente vulnerables a la depresión luego de dar a luz, cuando los cambios hormonales y físicos junto con la nueva responsabilidad por el recién nacido pueden resultar muy pesados. Muchas mujeres que acaban de dar a luz padecen un breve episodio de tristeza transitoria, pero algunas sufren de depresión posparto, una enfermedad mucho más grave que requiere un tratamiento activo y apoyo emocional para la nueva madre. Durante la menopausia, algunas mujeres experimentan un mayor riesgo de sufrir depresión. Los científicos están explorando la forma en que la elevación y la disminución cíclicas del estrógeno y de otras hormonas pueden afectar la química del cerebro relacionada con la enfermedad depresiva. Muchas mujeres enfrentan el estrés adicional del trabajo y de las responsabilidades del hogar, el cuidado de hijos y padres ancianos, maltrato, pobreza y tensión en sus relaciones de pareja. Aún no está claro por qué algunas mujeres que enfrentan desafíos inmensos padecen depresión, mientras que otras con desafíos similares no la padecen. (26)

2.3.5. La Depresión en los Hombres

Los hombres experimentan la depresión de manera distinta que las mujeres y pueden enfrentar los síntomas de diferentes modos. Los hombres tienden más a reconocer que sienten fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en las actividades que antes resultaban placenteras y que tienen el sueño alterado; mientras que las mujeres tienden más a admitir sentimientos de tristeza, inutilidad o culpa excesiva. Los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de acudir al alcohol, drogas cuando están deprimidos, frustrados, desalentados, irritados, enojados o a veces hasta por ser abusivos. Algunos hombres se escudan en sus trabajos para evitar hablar de su depresión con la familia o los amigos; también pueden mostrar un comportamiento imprudente o riesgoso. Si bien es cierto que son más las mujeres que intentan suicidarse, son más los hombres que mueren por suicidio.(27)

2.3.6. La depresión en los adultos mayores

La depresión no es normal en el proceso de envejecimiento y la mayoría de los adultos mayores se sienten satisfechos con sus vidas, a pesar del aumento de dolores físicos. Sin embargo, cuando la depresión se presenta en adultos mayores, puede pasarse por alto porque en la vejez se muestran síntomas menos evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer, sentimientos de pena o tristeza.

La depresión es comúnmente un problema de salud mental en los adultos mayores. Un 15% de los adultos mayores de más de 65 años sufren este trastorno y muchas veces no está diagnosticado o tratado como debiera. Sólo 15% de los adultos mayores con depresión reciben un tratamiento adecuado. De

los adultos mayores que están restringidos a sus domicilios, entre 26% y 44% tienen depresión y se estima que de 30% a 50% de todos los adultos mayores tendrán un episodio de depresión durante el transcurso de sus vidas. Los adultos mayores suelen padecer: enfermedades cardíacas, derrames cerebrales o algún tipo de cáncer, que pueden provocar síntomas de depresión. Igualmente, pueden estar tomando medicamentos cuyos efectos secundarios contribuyen con depresión puede ser tratada con varios métodos. Los tratamientos más comunes son la medicación y la psicoterapia.(28)

2.3.7. Depresión en Niños

La depresión no es un problema común en los niños pequeños, pero hay factores que aumentan el riesgo de que se padezca dentro de los que destacan: maltrato, patrones de violencia en el hogar, el abuso sexual, pérdidas afectivas, un pariente que tenga depresión severa, etc. Los niños no manifiestan una tristeza que pueda ser obvia a la vista de los demás, sin embargo en su comportamiento se hace visible, ya que se muestran irritables, aislados, explosivos y su rendimiento en la escuela baja. Cuando los niños son menores de 7 años pueden llorar sin ningún motivo, pueden presentar dolor de alguna parte de su cuerpo, fobia escolar, trastornos del sueño e incluso anorexia. Está comprobado que las personas que sufren depresión en la niñez o en la etapa adolescente corren mayor riesgo de ser adultos depresivos, además cuando los padres manifiestan episodios depresivos hay mayor probabilidad de que sus hijos también padezcan de este problema. Es difícil que el niño identifique y dé a conocer

su tristeza en cambio puede decir que se siente feo, que nadie lo quiere o que es un estúpido.

Esta depresión se da cuando un cambio está por darse o con la llegada de un hermanito, el divorcio de los padres, el cambio de domicilio, muerte de uno de sus padres, esta depresión se puede manifestar a través de incontinencia urinaria o fecal, puede mostrarse temeroso y puede mostrar interés por las situaciones de riesgo En 1945 se comprobó que la depresión puede iniciar desde el primer año de vida, manifestado con irritabilidad, falta de apetito, indiferencia a todo lo que lo rodea, susceptibilidad si la madre se separa de él, etc. La separación de los padres, hablese de divorcio, es uno de los factores que mayor depresión causa en los niños, ya que en ocasiones son utilizados para lastimar al otro y por parte de los padres hacen recaer en ellos la culpa de su separación.(29)

2.3.8. Depresión en los Adolescentes

Esta se manifiesta con la dificultad para comunicarse, indecisión, aislamiento, pesimismo e inestabilidad, frecuentemente es acompañada de fracasos escolares, comportamiento desafiante u opositor, rechazo a relaciones amorosas y frecuentemente tienen peleas con los compañeros, se debe ser cuidadoso al diagnosticar una depresión o una característica típica de los adolescentes.(29)

2.3.9. Fisiopatología de la depresión

La depresión mayor representa un problema de salud pública debido a su elevada morbilidad: el 5% de la población mundial presenta algún trastorno depresivo. Esta patología puede evolucionar desfavorablemente, trayendo consecuencias

graves como el suicidio. La etiología de la depresión es compleja, en ella intervienen múltiples factores, tanto genéticos, biológicos como psicosociales. Dentro de los biológicos hay evidencias de alteraciones a nivel de neurotransmisores, citoquinas y hormonas, además de modificaciones en los sistemas nervioso, inmunológico y endocrino. La psiconeuroinmunología ha demostrado alteraciones en el eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal mediada por citoquinas; alteraciones inmunológicas asociadas a neurotransmisores en la depresión mayor, dentro de las cuales: reducción del número de transportadores de serotonina en linfocitos de sangre periférica de pacientes deprimidos. Esto demuestra una relación directa entre la serotonina y el sistema inmunológico en este trastorno afectivo. Por lo tanto, el tratamiento de la depresión deberá basarse en la comprensión de su etiología y en la integración de la farmacoterapia y la psicoterapia.(30)

2.4. Tratamiento de la depresión.

2.4.1. Tratamientos psicológicos:

Se usan diversas estrategias más que un tipo de psicoterapia. La relación médico-paciente ya es una psicoterapia de apoyo. El campo fundamental de las psicoterapias es el de las depresiones no endógenas (distimia sobre todo)

Objetivo: Estructurar hábitos de vida, mejorar relación interpersonal expresión de sentimientos y resolución de problemas.

Psicoterapia en depresiones:

- **Psicoterapia interpersonal:** Tratamiento de las relaciones interpersonales actuales. Duración breve. Se centra en pérdidas o conflictos interpersonales y en habilidades sociales.
- **Terapia cognitivo conductual:** Trata creencias y actitudes distorsionadas hacia si mismo, para sustituirlas por otras más saludables.
- **Terapia sistémica:** Familiar o de pareja.
- **Terapia farmacológica**

Antidepresivos:

- Fluvoxamina 50-300 mg/día Sedativo. Obsesión
- Fluoxetina 20-60 mg/día Activador. Vm larga
- Paroxetina 20-50 mg/día Intermedio.
- Sertralina 50-200 mg/día Activador.
- Citalopram 20-60 mg/día Sedante. Selectivo.
- Escitalopram 10-30 mg/día Sedante. Selectivo
- Son de primera elección por su tolerancia seguridad y eficacia en las depresiones leves y quizá moderadas.

Efectos secundarios de los ISRS:

- Gastrointestinales (más frecuentes): Nausea, plenitud etc.
- Sexuales: Frecuentes causa de abandono. Fluvoxamina y citalopram
- Psíquicos: Ansiedad. Fluoxetina
- Neurológicos: Acatisia, parkinsonismo, cefalea, bruxismo
- Endocrinológico-ginecológicos: hipoglucemia, hiponatremia hiperprolactinemia

- Dermatológicos: Fluoxetina.
- Hematológicos: Descenso de la actividad plaquetaria (fluoxetina).
- Enzimas hepáticas elevadas: Sertralina
- Otros AD Inhibidores Selectivos: Dosis Peculiaridades ISRN: Reboxetina 4-12/mg día Activador. Único.

Recomendaciones de manejo:

- Actitud empática.
- Explicar que la depresión es una enfermedad médica temporal y buen tratamiento.
- Estimular la autoestima destacando sus logros.
- Interpretar síntomas somáticos como parte de la depresión. Evitar exploraciones complementarias repetidas
- No responsabilizar al depresivo de su mejoría (“el poner de su parte”) para superar la enfermedad. No restar importancia a los síntomas.
- Evitar decisiones importantes o realizar tareas complejas.

Recomendaciones a la familia:

- Las mismas que en el punto anterior. Alentarles para que se muestren pacientes y serenos, para evitar el contagio negativo del paciente.

Recomendaciones sobre uso de AD:

- Respuesta previa a un antidepresivo personal o familiar.

- Buscar el más seguro y mejor tolerado según antecedentes.
- Uso de dosis progresivas y si es posible únicas diarias .
- Informar al paciente sobre: Latencia terapéutica, Principales efectos secundarios, Necesidad de continuar tratamiento después de la mejoría En primer episodio 6-9 meses. 2º episodio 2-3 años. 3ª muy prolongado, incluso de por vida.(31)

2.4. Definición de Términos Básicos

Depresión

Es una enfermedad mental en la que la persona experimenta tristeza profunda y la disminución de su interés para casi todas las actividades.

Envejecimiento

es un proceso normal del individuo, y hay una disminución del 25 a 30 % de las células que componen los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano, produciéndose un cambio en la homeostasis y una afectación en la vitalidad orgánica, aumentando la vulnerabilidad al presentar enfermedades crónicas y degenerativas.

Adulto mayor.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adultos mayores a quienes tienen una edad mayor o igual de 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más a quienes viven en países desarrollados.

Cuidado de Enfermería

Es una parte fundamental del sistema de salud. Este personal cumple importantes funciones en el proceso de apoyo y tratamiento de los pacientes, así como en las actividades, todas estas actividades se conocen como cuidados de enfermería.

Profesional de enfermería.- Enfermero(a) asistencial responsable de los pacientes durante su admisión, transferencia y alta de forma directa.

Paciente.- persona que padece físicamente y que, por lo tanto, se encuentra bajo atención médica.

Cuidados.- es preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo.

Atención.- Prestar atención a algo concreto, aplicando el entendimiento a su plena captación .cuidar ocuparse de una persona.

Trastorno mental .- es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental.

Familia.- es la unidad primaria de la sociedad donde se desarrollan las funciones de comunicación, división de roles y transacciones múltiples.

CAPITULO III:

PLAN DE INTERVENCION

3.1 Valoración

3.1.1. Datos de filiación

DATOS PERSONALES

Apellidos y nombres : M.B.Q.R

Nacionalidad : Peruana

Fecha de nacimiento : 29/07/1956

Edad : 64 años

Sexo : femenino

Raza : Mestiza

Religión : Católica

Grado de instrucción : 2do de secundaria

Ocupación actual : comercio- su casa

Ocupaciones anteriores: en el restaurante de su hermana fallecida

Estado civil : soltera

Lugar de nacimiento : provincia de Grau- Apurímac

Domicilio : Av. Pachacutec, 1ra cuadra- Abancay

Nombre del padre : Elmer

Nombre de la madre : Maria

Fecha de Ingreso : 30/08/2015

Fecha de elaboración de HC: 31/08/2015

Informante : paciente

3.1.2. Motivo de la consulta

Paciente acude a consulta, donde refiere: que ha dejado de tomar la medicación más o menos un mes, estaba tranquila pero luego de discutir con su hermana, le empezó a doler la cabeza nuevamente; me siento impotente de no poder trabajar, yo le ayudo a mi hermana, ella me da la alimentación y el alojamiento también a mi hijo, ella me dice “ que más quieres si te doy todo eso, me saca en cara lo que me ayuda. “ me dice que estoy loca”, “tengo ganas de llorar, y de no hacer las cosas.

Presenta animo triste, llanto fácil, sumisión de pensamientos, sentimientos de culpa, escasa conciencia de enfermedad, sentimiento de culpa y minusvalía, constante dolor de cabeza, no sale de su casa esta, solo a su trabajo y no se se recrea..

3.1.3. Enfermedad actual

Trastorno depresivo moderado

3.1.4. Antecedentes

- Antecedentes Familiares:

Madre: agricultora

Padre: agricultor

Hermanos: 03 hermanos de 69, 56,49, (una hermana falleció)

Hijos: 01

Familiares con trastornos mentales: ninguno

- **Condición Socio Económica:**

Vivienda: vive en casa de su hermano

Dependencia económica: Depende del comercio- Ama de casa

Tiempo de Enfermedad: hace 09 años, se atendía en el centro de salud metropolitano del Distrito Abancay.

- **Síntomas principales:**

Paciente y persona orientado en tiempo, espacio y persona:

Presenta ánimo deprimido (llanto fácil) ansiosa: afecto congruente, pensamiento: Abstracto, introspección: sin conciencia de la enfermedad, sentimiento de culpa y minusvalía

- **Historia de la Enfermedad:**

Inicio: Insidioso

Curso: Progresivo

Cuadro de paciente inicia cuando se embarazo a los 18 años, y pareja quiso que abortara y ella no acepto se negó abortar, fue cuando la abandono y se quedó sola con su hijo, fue desde entonces que su vida cambio. Refiere que

es madre soltera, su hijo le reclama siempre de no tener padre.

Luego de un mes su hermana fallece (12-02-2018), y refiere que la encontró tendida en la cocina muerta y fue muy desesperante para mí, siento como si todo hubiese sido un sueño, todo los días recuerdo como la encontré a mi hermana muerta, y esa imagen se viene constantemente a mi mente, estoy muy triste por todo esto lo que paso, me siento culpable debido a que el último mes nos hemos tratado mal verbalmente y coincidentemente durante ese mes deje la mediación a sugerencia del personal de salud del centro de salud metropolitano y además en finales de diciembre y enero no había psiquiatra y el que había solo atendía algunos días y no accedí a un cupo.

Siento que desde que deje la medicación estuve irritable, triste, desganada y ahora con la muerte de mi hermana aún más, la recuerdo mucho, la extraño, no puedo creer que nunca más podre hablar con ella, en mi mente tengo su imagen luego del accidente, la encontré tendida en el piso fría, morada, mi hijo también la vio en la morgue, esa imagen no se le quita y el también llora. Así mismo refiere constantes dolores de cabeza y ahora vive en casa de otro de sus hermanos “nada es igual”, ya que su hijo tuvo problemas con su tío por consumir alcohol.

También se encuentra preocupada por su hijo ya que perdió el dinero que iba pagar suspensión de la universidad, y se puso a trabajar en el local del colegio de ingenieros como cuidante, hace poco volvió a tomar alcohol casi una semana, descuida su trabajo no cumple con sus

responsabilidades, así mismo refiere tener problemas a nivel familiar.me siento angustiada por mi hijo por que toma mucho, con crisis de nervios, no tiene ganas de hacer nada(estilo de vida sedentaria),no tiene ganas de salir a la calle quiere estar sola en casa(déficit de actividades recreativas), llanto incontrolable, problemas de sueño, temblor y encima recuerdo mucho a mi hermana que falleció(sentimiento de culpa), no quiere salir a la calle.

- **Antecedentes Personales:**

Prenatales:

Es la segunda hija de cuatro hermanos

Natales:

Parto eutócico en el centro de salud del Distrito de Chuquibambilla, peso 2,900, lactancia materna hasta los 6 meses.

Crecimiento y Desarrollo:

Camino al año con dos meses, primeras palabras al año con 2 meses

Psicosexualidad:

IRS : 12 años

Pareja : no tiene

N° P.S : 02

Escolaridad

Estudio en el Distrito de Chuquibambilla- Grau, estudio hasta primero de secundaria, luego se embarazo, pero

pareja la abandono. Empezó a trabajar para poder dar de comer a su menor hijo.

Antecedentes Laborales: trabajo en el restaurant de su hermana, como ayudante de cocina.

- **Antecedentes Patológicos**

Eruptivas: Niega

Enfermedades: TBC a los 12 años

Hospitalizaciones: Niega

Cirugías previas: Niega

Tratamientos Recibidos: Niega

Accidentes: Niega

Transfusiones: Niega

Alergias: Niega

Ideas de Autolisis: Niega

Hábitos Nocivos:

Alcohol: no

Tabaco: no

Drogas: no

3.1.5. Examen físico

- Presión Arterial : 110/60mmhg.
- Frecuencia Cardiaca : 70 latidos por minuto.
- Frecuencia Respiratoria : 19 respiraciones por minuto
- Temperatura : 36.6°C

- **Examen General** : Aparente regular estado general, LOTEPE, regular estado de hidratación, regular estado de hidratación, mucosas orales húmedas, piel tibia, al tacto no lesiones primarias ni secundarias, ojos asimétricos, conjuntivas rosadas, escleras limpias, pupilas isocoras, pabellón auricular norma, , fosas nasales permeables, labios asimétricos, mucosa oral húmeda, garganta no hipertrofia de amígdalas
- **Examen por Sistemas** : Tórax y pulmones : murmullo vesicular pasa bien ambos campos pulmonares, cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, normo fonéticos, Abdomen: blando , depresible, no doloroso a la palpación, ruidos hidroaereos normales,, extremidades: columna vertebral central, Neurológico: no signos meníngeos

3.1.6. Valoración según modelo de clasificación de dominios y clases

DOMINIO 1: PROMOCION DE LA SALUD

Clase 2 Gestión de la salud

- Escasa conciencia de enfermedad

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

Clase 1 Ingestion

- Talla: 1, 50 mts. Peso: 64 Kg
- Alteración del apetito: No
- Piel y mucosas: Hidratada

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

Clase 4 Función respiratoria

- Problemas al orinar: No

- Incontinencia urinaria: No
- Incontinencia fecal: No

DOMINIO 4: ACTIVIDAD Y REPOSO

Clase 2. Actividad/ejercicio

- Falta de energía para realizar actividades cuando no toma su medicación.
- No puede dormir

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN COGNICIÓN

Clase 3; Sensación- percepción

- Labilidad emocional (llanto) deterioro de la comunicación verbal con su hermano
- Percepción: Pensamiento Abstracto.
- Dificultades para tomar decisiones.

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

Clase 1. Autoconcepto

- Deprimida, ansiosa pesimista y negativa de sí mismo. Sentimiento de minusvalía, culpabilidad y de falta de utilidad.

DOMINIO 7: ROL RELACIONES

- Clase 3. Desempeño del rol
- Vive en casa de su hermano, con su único hijo, y hay conflictos con su hermano, Familia disfuncional.
- Frecuentemente se siente sola, aislada, no se relaciona con sus amistades.

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

- Genitales sexo femenino.

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO TOLERANCIA AL ESTRÉS

Clase 2. Respuestas al afrontamiento

- Presenta dolor de cabeza, llanto incontrolable, ansioso, temeroso, bajo autoestima, ánimo: deprimida.

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

Clase 3. Congruencia de las acciones con los valores/creencias

- Creencia religiosa: Católica

DOMINIO 11: SEGURIDAD PROTECCIÓN

Clase 6. Termorregulación

- Temperatura 36.4°C

DOMINIO 12: CONFORT

Clase 1. Confort físico

- No presenta dolor ni malestar

DOMINIO 13: CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Clase 2. Desarrollo

- Crecimiento: Normal
- Desarrollo: Normal

3.1.7. Esquema de valoración

DATOS RELEVANTES	DOMINIO	CLASE	BASE TEORICA
<p>Subjetivos Adulto mayor refiere no conciliar sueño. Estrés Culpabilidad</p> <p>Objetivos Desamparo de los Familiares</p>	Dominio 1	Clase 2	<p>Promoción de la salud Toma de conciencia del bienestar o de la normalidad de la función y las estrategias usadas para mantener el control y mejorar ese bienestar o normalidad de la función.</p> <p>Gestión de salud Patrón de regulación e integración de la vida cotidiana de un régimen terapéutica para el tratamiento de las enfermedades y sus secuelas que es insatisfactorio para alcanzar los objetivos relacionados con la salud.</p>
	Promoción de la salud	Gestión de la salud	
	Dominio 4	Clase 1	<p>Actividad/reposo Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía.</p> <p>Sueño/reposo Sueño, reposo, descanso, relajación o inactividad.</p> <p>Insomnio Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento</p>
	Actividad/reposo	Sueño/reposo Insomnio	
	Dominio 5	Clase 3	<p>Percepción- Cognición Sistema de procesamiento de la información humana que incluye atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.</p> <p>Sensación- Percepción Recepción de información a través de los sentidos del tacto, gusto, olfato, vista, audición y cenestesia y la comprensión de los datos sensoriales que conduce a la identificación, asociación y/o patrón de reconocimiento.</p>
	Percepción-Cognición	Sensación Percepción	
	Dominio 6	Clase 1	<p>Auto percepción Conciencia de sí mismo.</p> <p>Autoconcepto Percepción (percepciones) sobre el yo total.</p> <p>Desesperanza Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho.</p>
	Auto percepción	Auto concepto Desesperanza	
	9	2	<p>Afrontamiento al estrés Forma de hacer frente a los acontecimientos/ procesos vitales</p>

	Afrontamiento al estrés	Respuesta al Afrontamiento	Respuesta al afrontamiento Es el proceso de gestionar el estrés del entorno.
	Dominio 7 Rol- Relaciones	Clase 3 Desempeño de rol	DESEMPEÑO DE ROL: Calidad del funcionamiento de acuerdo a patrones de conducta socialmente esperados

3.2 Diagnostico de Enfermería

3.2.1. Lista de hallazgos significativos

- Paciente no cumple con tratamiento. (1)
- Insomnio (problemas de sueño. (4)
- Pensamiento abstracto (5)
- Deprimida, ansiosa, percepción negativa y pesimista (6)
- Aislada, se siente sola, abandono de amistades (7)
- culpabilidad por fallecimiento de hermana (9)

3.2.2. Diagnósticos de enfermería según datos significativos

DOMINIOS ALTERADOS	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD	00078 Gestión ineficaz de su propia salud r/c conflicto de decisiones m/p dificultades con tratamientos prescritos
DOMINIO 4 ACTIVIDAD Y REPOSO	00095 Insomnio r/c depresión m/p expresa dificultad para conciliar el sueño.
DOMINIO 5 PERCEPCIÓN COGNICIÓN	00130 Trastorno de los procesos del Pensamiento r/c enfermedad mental m/p interpretación inexacta del entorno.
DOMINIO 6 AUTOPERCEPCIÓN	00120 Baja autoestima situacional r/c percepción negativa de sí misma m/p dificultad para tomar decisiones.
DOMINIO 7 ROL RELACIONES	00229 Riesgo de relación ineficaz r/c falta de contacto con familiares, amigos.
DOMINIO 9 AFRONTAMIENTO AL ESTRES	00135 Duelo complicado r/c muerte de una persona significativa m/p anhelo de la persona fallecida, ansiedad, auto culpabilidad, evitación del duelo, persistentes recuerdos dolorosos y sentirse vacío.

3.2.3.- Esquema de Diagnóstico de Enfermería

- Edad: 64 años
- Nombre del paciente: M.B.Q.R.

PROBLEMAS	FACTORES RELACIONADOS	EVIDENCIA	DIAGNOSTICO
Gestión ineficaz de su propia salud	Dejo de tomar sus medicamentos	Dolor de cabeza	Gestión ineficaz de su propia salud r/c conflicto de decisiones m/p dificultades con tratamientos prescritos
Insomnio	Problemas familiares	preocupación	Insomnio r/c depresión m/p expresa dificultad para conciliar el sueño
Trastorno de los procesos del pensamiento	Preocupación por el hijo.	estresada	Trastorno de los procesos del Pensamiento r/c enfermedad mental m/p interpretación inexacta del entorno.
Baja autoestima	Alteración de la imagen corporal.	Expresiones de desesperanza o inutilidad. Depresión	Baja autoestima situacional r/c percepción negativa de sí misma m/p dificultad para tomar decisiones.
Riesgo de relación ineficaz.	Problemas familiares	Aislamiento social	-Baja autoestima situacional r/c percepción negativa de sí misma m/p dificultad para tomar decisiones. -Riesgo de relación ineficaz r/c falta de contacto con familiares, amigos
Duelo complicado	Muerte de una persona significativa.	Añoranza de la persona fallecida. - Sufrimiento por la separación.	Duelo complicado r/c muerte de una persona significativa m/p anhelo de la persona fallecida, ansiedad, auto culpabilidad, evitación del duelo, persistentes recuerdos dolorosos y sentirse vacío

3.3. Planificación

3.3.1 esquema de planificación

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVO NOC	INTERVENCIONES NIC	EVALUACIÓN
<p>-Gestión ineficaz de su propia salud r/c conflicto de decisiones m/p dificultades con tratamientos prescritos.</p> <p>-Insomnio r/c depresión m/p expresa dificultad para conciliar el sueño.</p>	<p>Conocimiento Régimen terapéutico. Indicador: Describe los beneficios del tratamiento de la enfermedad.</p> <p>Sueño. Indicador: Calidad del sueño</p>	<p>-Facilitar la autoresponsabilización Se identificó las prácticas de salud que hay que cambiar y mantenga las que sean adecuadas.</p> <p>Mejorar el sueño: -Se enseñó las técnicas de inducción al sueño adecuadas (relajación, baño caliente, vaso de leche, infusiones). -Se estableció programa de actividades diarias para conciliar el sueño. (Ejercicios, Yoga, taichí, ludoterapia, entre otras). -Se administró medicación si era necesario para conciliar el sueño.</p>	<p>Paciente describe los beneficios del tratamiento de la enfermedad.</p> <p>Paciente refiere conciliar el sueño, sentirse descansado</p>
<p>- Trastorno de los procesos del pensamiento r/c enfermedad mental m/p interpretación inexacta del entorno.</p>	<p>- Autocontrol del pensamiento distorsionado Indicador: Su conducta indica una interpretación exacta del ambiente. Expone pensamiento basado en la realidad.</p>	<p>- Administración de medicación. -Enseñanza procedimientos/tto.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se realizó la Psicoeducación basada en conciencia de enfermedad, tratamiento, <p>-Escucha activa.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se observó signos y síntomas de la enfermedad mental 	<p>-Paciente manifiesta conductas parcialmente exacta de su interpretación del entorno.</p>
<p>- Baja autoestima situacional r/c percepción negativa de sí misma m/p dificultad para tomar decisiones.</p>	<p>- Autocontrol del pensamiento distorsionado Indicador: Su conducta indica una interpretación exacta del ambiente.</p>	<p>Apoyo emocional Se ayudó a que el paciente identifique lo bueno y positivo que tiene. Mejorar la autoestima</p>	<p>Paciente verbaliza auto aceptación</p>

<p>-Riesgo de relación ineficaz r/c falta de contacto con familiares, amigos.</p>	<p>Expone pensamiento basado en la realidad.</p> <p>- Habilidades de interacción social</p> <p>Indicador:</p> <p>Relaciones con los Demás</p>	<p>Se ayudó a confiar en su capacidad para controlar la situación.</p> <p>Prevención del suicidio</p> <p>Se ayudó a realizar una lista de valores que guíen la conducta en distintos ambientes y situaciones.</p> <p>Se ayudó a realizar una lista de lo que es y no es importante en la vida y del tiempo que ocupa en cada aspecto.</p> <p>Modificación de la conducta: Habilidades sociales.</p> <p>-Se creó un ambiente que facilite la confianza, atmósfera de aceptación, sin Juicios.</p> <p>-Se animó la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</p> <p>-Se identificó las barreras de afirmación.</p> <p>-Se ayudó al paciente a que reconozca y reduzca las distorsiones cognitivas que bloquean la afirmación.</p> <p>-Se enfatizó la importancia de la capacidad activa de enfrentarse a los problemas.</p> <p>Ayuda para el control del enfado.</p> <p>-Se fomentó la consideración de las cuestiones y consecuencias de la conducta.</p> <p>-Se fomentó la implicación en relaciones sociales ya establecidas.</p>	<p>Paciente Mantiene buenas relaciones con los demás ,no se encuentra soporte familiar constante</p>
---	---	---	--

<p>-Duelo complicado r/c muerte de una persona significativa m/p anhelo de la persona fallecida, ansiedad, auto culpabilidad, evitación del duelo, persistentes recuerdos dolorosos y sentirse vacío.</p>	<p>-Tristeza -Autocontrol de la depresión</p>	<p>-Se fomentó las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. -Se ayudó al paciente a que aumente la consciencia de sus virtudes y sus limitaciones, en la comunicación con los demás. -Se realizó actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las capacidades sociales.</p> <p>. Apoyo emocional: Animar al paciente a que exprese sus sentimientos. Tocarle al paciente para proporcionarle confianza -Facilitar el duelo: Favorecer la expresión de sentimientos. -Grupo de apoyo: -Escucha activa: Mostrar interés en el paciente.</p>	<p>-Paciente muestra estado de ánimo sereno</p>
---	---	--	---

3.4. Ejecución y evaluación

3.4.1. Registro de enfermería: SOAPIE

S: Paciente refiere que está muy preocupada por su hijo, y siente dolor de haber perdido a su hermana quien falleció, preocupada por que no hay una buena comunicación con su hermano.

O: Paciente no cumple con su tratamiento indicado, insomnio (problemas de sueño), sentimiento de culpa, dificultades para tomar decisiones, percepción pesimista y negativa de sí mismo, sentimiento de minusvalía, culpabilidad y de falta de utilidad, conflicto familiar, culpabilidad por fallecimiento de hermana, se aísla en su casa, no quiere salir a la calle

A: -

- ✓ Gestión ineficaz de su propia salud r/c conflicto de decisiones m/p dificultades con tratamientos prescritos.
- ✓ Insomnio r/c depresión m/p expresa dificultad para conciliar el sueño.
- ✓ Trastorno de los procesos del pensamiento r/c enfermedad mental m/p interpretación inexacta del entorno.
- ✓ Baja autoestima situacional r/c percepción negativa de sí misma m/p dificultad para tomar decisiones.
- ✓ Riesgo de relación ineficaz r/c falta de contacto con familiares, amigos.
- ✓ Duelo complicado r/c muerte de una persona significativa m/p anhelo de la persona fallecida,

ansiedad, auto culpabilidad, evitación del duelo, persistentes recuerdos dolorosos y sentirse vacío.

- ✓ Aislamiento social r/c falta de personas significativas de soporte m/p alteración del estado mental.

P:

- ✓ Incluir en grupo de actividades sociales
- ✓ Animar a las salidas sencillas, paseos cortos. Vigilar la actividad
- ✓ Animar a la paciente que exprese sus sentimientos y emociones.
- ✓ Involucrar en actividades con otros.
- ✓ Observar cambios de conducta, suspicacia, irritabilidad, y conducta defensiva.

E: Paciente logra socializarse con sus familiares, logrando sentirse tranquila.

CONCLUSIONES

a.- En la valoración clínica de Enfermería se vio que la depresión es una enfermedad mental compleja donde se refleja profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo, disminución de las funciones psíquicas.

b.- durante muchas intervenciones con la paciente se logró alcanzar parcialmente los objetivos propuestos realizados en el Plan de cuidados, comprometiendo a la paciente a seguir con su tratamiento terapéutico junto con el equipo de salud.

c.- como Enfermera especialista en salud mental, se logra mantener una relación interpersonal con la paciente, con el objetivo de brindar un cuidado integral conociendo su enfermedad, logrando su rehabilitación parcial del paciente.

d.- Las estadísticas de casos de pacientes con DEPRESION evidencian la incidencia y la frecuencia con la que se ha presentado este trastorno e.-durante los años 2017 a 2019.

e.- Durante estos tres años se presentaron un total de 964 casos, de los cuales, en el año 2018 se presentaron la mayor cantidad de casos 367 seguido del 2019 con 314 y con menor frecuencia en el 2017 con 283.

f.- En el año 2018 se presentaron la mayor cantidad de casos 367 en comparación con los otros años, con predominio del sexo femenino con 267 casos y el sexo masculino con 100 casos.

RECOMENDACIONES

- a. impulsar en los profesionales de enfermería de todos los niveles de atención el trabajo en la población adolescente para captar casos de Depresión con el tamizaje SQR, además de fortalecer los talleres de autoestima, habilidades sociales y control de ira.
- b. la reintegración del paciente debe ser visto como un problema complejo e integral, viendo toda las esferas (física, emocional, mental, espiritual) del ser humano, comprometiéndonos todo los profesionales en dicha rehabilitación.
- c. también es importante que todo los profesionales de enfermería reconozcan y conozcan sobre la DEPRESION, ya que es un problema de salud mental muy complejo y debemos estar en constante capacitación.

ANEXOS

Fotografía N°1



Ubicación geográfica mapa de ubicación, límites y accesibilidad.

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega está ubicado en el departamento de Apurímac, Provincia de Abancay y Distrito de Abancay en la localidad de Patibamba Alta hacia el sur de la ciudad de Abancay.

Límites:

- Por el Este limita con la Dirección Regional de Salud de Apurímac y Caritas.
- Por el Oeste limita con la Av. Huáscar.
- Por el Norte limita con Seminario mayor y las casas del Banco de la Nación.
- Por el Sur limita con Av. Daniel Alcides Carrión.

El ingreso al hospital es por la AV. Daniel Alcides Carrión a Consultorio Externo y Emergencia.

Fotografía N°2



Fotografía N°3



Fotografía N°4



Equipo multidisciplinario de salud mental Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega-Apurímac.

Fotografía N°5



Fotografía N°6



BIBLIOGRAFÍA

- 1 Jhonatan S. Navarro-Lolia, Manolete Moscosoa, Gustavo Calderón-De la Cruz. La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática Lima; 2017.
- 2 trastornolimitado.com. Depresión: síntomas, tipos, causas, tratamiento y evolución; 2015.
- 3 Kahan E. depresión en estudiantes de enseñanza media pública, severidad, género y edad; 2010.
- 4 Minsa. Resultados de búsqueda; 2018.
- 5 Humberto. CT. La atención en salud mental en el Perú llega solo a 3 de cada 10. Peru21. Peru; 2016.
- 6 INEI. Instituto Nacional de Estadística e Investigación. Situación de la población adulto mayor peru; 2016.
- 7 Sandoval C C. Depresión y suicidio en el adulto mayor. Lima.; 2014.
- 8 M. TA. Programa de recreación para disminuir la escala de depresión de los adultos mayores en el Hogar de Ancianos de Instituto Estupiñan; 2015.
- 9 Anguiano S MMRLVC. Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados.; 2017.

- 10 Vicente Benjamin. P RRP,SBS,PCNYC. Determinantes Biopsicosociales de depresión en pacientes atendidos en centros de Atención primaria de concepción Chile; 2016.
- 11 Bastidas O. El bullying como posible factor causal en los cuadros depresivos de los niños de la escuela 27 de febrero de la ciudad de Ambato. Ecuador: Universidad de Ambato; 2015. .
- 12 Salazar A. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. Colombia; 2015.
- 13 Licas Torres M. Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de Atención Integral TaytaWasi Lima: San Marcos; 2014.
- 14 OMS. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental: Violencia contra la mujer; 2017.
- 15 B. M. Depresión y disfunción familiar en estudiantes del cuarto año de secundaria de la Institución Educativa Secundaria Industrial Perú Birf Juliaca: Universidad Peruana Unión.; 2016.
- 16 Lyn Y. Abramson, Lauren B. Alloy', Gerald I. Metalsky, Thomas E. Jolner Y Bonifacio Sandin. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica; 1997.
- 17 Ramirez La, Perez Padilla Ea, Garcia Oscos. How the immune system's response to infectious agents influences behavior.; 2013.
- 18 infosalus. www.infosalus.com, salud, investigación, noticia.; 2016.

- 19 Hernandez Becerril NG. Proceso de atención de enfermería en pacientes deprimidos.; 2015.
- 20 Gonzales D. La musicoterapia como herramienta para reducir el nivel de depresión en adultos mayores deprimidos e institucionalizados en un hogar de ancianos privado en la ciudad de Guatemala. Universidad Rafael Landivar Guatemala: Universidad Rafael Landivar; 2014.
- 21 Vásquez I, Muñoz FyBS. Depresión: Diagnostico, Modelos Teóricos y Tratamiento a Finales del Siglo XX Psicología Conductual; 2000.
- 22 Salud OMdl. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid;; 1992.
- 23 Aguilar Prado MD. Prevalencia de depresión en mujeres de 18 años en dos comunidades rurales de la región central de Honduras. Honduras. ; 2010.
- 24 Rubinow DS,SPJ,YRca. Estrogenserotonin interactions: implications for affective regulation. Biological Psychiatry; 1998.
- 25 Pollack W. Mourning, melancholia and masculinity: recognizing and treating depression in men. En: W. Pollack y R. Levant, eds., New Psychotherapy for Men. Nueva York: Wiley,; 1998.
- 26 Gallo JJ,YRpv. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. American Family Physician; 1999.

27 Orjuela L. Depresión. Control y superación. Editorial Libro Hobby. Madrid España.; 2007.

28 Baccichet EYPs. Transportador de serotonina en linfocitos de sangre periférica de pacientes con trastorno depresivo mayor antes y después del tratamiento con mirtazapina. Trabajo Especial de Investigación, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, Caracas. Venezuela, Caracas.; 2001.