

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



**PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA FORTALECER EL
CUIDADO DE PACIENTES CON DEPRESIÓN – CONTEXTO COVID – 19
EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL GUILLERMO
DÍAZ DE LA VEGA – APURÍMAC, 2021**

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

SAMUEL EUGENIO GUEVARA MONTALVO

Callao - 2021

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTA
- DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA SECRETARIO
- MG. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRIGUEZ VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: 54-2021

Fecha de Aprobación de la tesis: 11 de Noviembre del 2021

Resolución de Consejo Universitario N° 084-2021-CU, de fecha 27 de Mayo del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especiali

DEDICATORIA

A mi esposa Maribel

Pumapillo Cruz. A mis hijos Elías,
Josué y Caleb Guevara
Pumapillo.

Samuel Eugenio.

AGRADECIMIENTO

A los docentes de la segunda especialidad de la Universidad Nacional del Callao

Por sus enseñanzas y sabiduría en la ciencia de enfermería.

Samuel Eugenio.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	04
CAPÍTULO I.....	06
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	06
CAPÍTULO II.....	09
MARCO TEÓRICO.....	09
2.1 Antecedentes.....	09
2.1.1 Antecedentes Internacionales.....	09
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	12
2.2 Bases Teóricas.....	15
2.2.1 Teoría psicodinámica de la Enfermería Hildegard Peplau.....	15
2.2.2 Papeles de la Enfermería.....	18
2.3 Bases conceptuales.....	19
2.3.1 Depresión.....	19
2.3.2 Diferencia entre tristeza normal y depresión.....	20
2.3.3 Frecuencia de la depresión.....	20
2.3.4 La mala vía de la depresión.....	21
2.3.5 Causas de la depresión.....	21
Causas genéticas de la Depresión.....	22
Causas ambientales de la Depresión.....	22
Causas temperamentales de la Depresión.....	23
2.3.6 Tipos de Depresión.....	23
2.3.7 Síntomas de la depresión.....	25

2.3.8 Pasos para el tratamiento de la depresión.....	25
2.3.9 Cómo uno puede ayudarse a sí mismo cuando está deprimido.....	26
2.3.10 Cómo pueden los familiares ayudar a una persona deprimida.....	27
CAPÍTULO III.....	29
DESARROLLO DE PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA	29
3.1 VALORACION	29
3.1.1 DATOS DE FILIACION	29
3.1.2 Motivo de consulta	29
3.1.3 Enfermedad Actual	30
3.1.4 ANTECEDENTES	30
3.1.4.1 ANTECEDENTES PERINATALES	30
3.1.4.2 ANTECEDENTES FAMILIARES	30
3.1.4.3 ANTECEDENTES PERSONALES	30
3.1.4.4 ANTECEDENTES SOCIO ECONOMICOS Y CULTURALES	30
3.1.5 EXAMEN FÍSICO	30
3.1.6 EXÁMENES AUXILIARES	32
3.1.7 VALORACIÓN SEGÚN MODELO DE CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASES	33
3.1.7. ESQUEMA DE VALORACION	37
3.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	38
3.2.1 LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS	38
3.2.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN DATO SIGNIFICATIVO	38
3.2.3 ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	39
3.3 PLANIFICACIÓN	46

3.3.1 ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN	46
3.3.2 Ejecución y evaluación	46
3.3.3 REGISTRO DE ENFERMERÍA, SOAPIE:	47
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	50
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS	54
ANEXO 1	55
ANEXO 2	56
ANEXO 3.	57

INTRODUCCIÓN

La pandemia de la enfermedad del nuevo coronavirus 2019 (COVID-19) se ha convertido rápidamente en una amenaza mundial, debido a su alta contagiosidad y al número cada vez mayor de casos confirmados y muertes en el mundo, por lo tanto, las emociones y los pensamientos negativos se extienden como amenaza potencial hacia la depresión.

La pandemia del COVID-19 significa un gran impacto en la salud mental de pacientes hospitalizados, ya sea por el aislamiento, la incertidumbre, su propio estado de salud, generando diversas emergencias y urgencias psiquiátricas. La pandemia por COVID19 ha generado alteraciones en la salud mental de la población como ansiedad y depresión, principalmente en pacientes hospitalizados.(1)

Los pacientes confirmados o sospechosos de COVID-19 hospitalizados, sufren gran presión psicológica y problemas relacionados con la salud mental; en consecuencia, padecen sentimientos de soledad, negación, síntomas ansiosos, tristeza, insomnio e hipersomnia, desesperación, cambios de carácter (irritabilidad), lo que disminuye la adherencia al tratamiento médico. Algunos de estos pacientes pueden incluso tener riesgo de autoagresión y heteroagresión, ideas y planes suicidas estructurados, síntomas obsesivo compulsivo, agitación psicomotora y ser poco cooperativos.(1) El Presente plan de cuidados de enfermería en pacientes con depresión en medio de la pandemia de la covid-19 servicio medicina del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay, a través de equipo de profesionales de la salud mental, está conformado por especialistas en psiquiatría, psicología y enfermería con especialidad en salud mental, se debe implementar diversos programas de atención en favor de la población afectada por la enfermedad. Realizando llamadas telefónicas, video llamadas, reuniones zoom para los familiares de pacientes hospitalizados o fallecidos por el Covid-19.

También se debe realizar las atenciones virtuales a los pacientes recuperados del Covid-19, que se encuentran en los grupos de jóvenes, adultos y adultos mayores a más, considerando que atravesaron momentos duros de estrés, ansiedad y

depresión durante el proceso de la enfermedad, tiempo en el que estuvieron aislados, al punto de sentirse abandonados por sus familiares, que conllevó a complicaciones y/o deterioro de la salud mental en el entorno familiar.

En tal sentido se deben conformar equipos de intervención a los pacientes hospitalizados, pacientes de alta, familiares de pacientes fallecidos por el Covid-19; así como seguimiento y abordaje en Burnout (estrés laboral) al personal de salud que se encuentra en primera línea de batalla contra el coronavirus.(2)

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La Organización Mundial de la Salud reconoce la depresión como la segunda causa más común de incapacidad. La depresión es una patología de alta prevalencia en nuestra sociedad, de hecho, una cuarta parte de los pacientes que visitan a su médico de familia están afectados por síntomas de depresión, por lo tanto, una enfermedad que afecta a un gran porcentaje de la población, que disminuye enormemente la calidad de vida de las personas afectadas y que conlleva grandes costes sanitarios y sociales. (3)

La Organización Mundial de la Salud clasifica la depresión como la principal causa de discapacidad a nivel mundial. Una de cada 20 personas sufre un trastorno depresivo importante, y aproximadamente el 17% de la población sufrirá un trastorno depresivo mayor en algún momento de su vida. La depresión puede ser invalidante, y los pacientes pueden ser incapaces de funcionar de forma eficaz durante varios meses. Los pensamientos e intentos suicidas son las características más perturbadoras de la depresión, ya que el 4% de los pacientes hospitalizados por un trastorno afectivo finalmente mueren por su propia voluntad. (4)

Según la Organización Mundial de la Salud, en el mundo, más de 300 millones de personas de todas las edades padecen de depresión - un equivalente a 4.4% de la población mundial (OMS, 2017). Esta enfermedad es la primera causa de discapacidad a nivel mundial. Además, se ha evidenciado que este mal es dos veces más frecuente en mujeres que hombres.

En 2017, la Organización Mundial de la Salud reportó estimaciones del número de casos de desórdenes depresivos en países de América Latina. Así, en el Brasil se reportaron 11 548 577 casos, equivalente a 5.8% del total de su población. En Paraguay se reportaron 332 628 casos, equivalente a 5.2% de su población. En Chile fueron reportados 844 253 casos, equivalente a 5.0% de su población,

seguido por Uruguay que reportó 158 005 casos, equivalente a 5.0% de su población.

Colombia reportó 2 177 280 casos, equivalente a 4.7% de su población. En Argentina fueron reportados 1 914 354 casos, equivalente a 4.7% de su población. En Ecuador se reportaron 721 971 casos, equivalente a 4.6% de su población. En Bolivia se reportaron 453 716 casos, equivalente a 4.4% de su población. En Venezuela se reportaron 1 270 099 casos un equivalente a 4.2% de su población, y finalmente en Perú reportó 1 443 513 casos de desórdenes depresivos, equivalente a 4.8% de su población.(5)

El Ministerio de Salud (julio 2020), informó que un total de 44.129 casos fueron atendidos por los Centros de Salud Comunitarios, siendo las enfermedades más comunes entre la ciudadanía durante la pandemia del COVID-19: ansiedad (15.944), depresión (7.080), adicciones (2.925), entre otras.(6)

Arequipa (marzo-2021), desde el inicio de la pandemia tres pacientes hospitalizados con COVID-19 se quitaron la vida en el Hospital Honorio Delgado Espinosa de Arequipa. En julio del 2020 un paciente de 61 años se lanzó del segundo piso del nosocomio. A mediados de enero de este año un paciente de 70 años se colgó con unas sábanas desde el balcón del segundo piso. Este último lunes un paciente de 56 años se tiró desde la ventana del segundo piso del hospital. Los tres tenían varios días conectados a oxígeno y recibían tratamiento farmacológico.(7)

Ministerio de Salud (2020), en la población mayor de 12 años, los trastornos más frecuentes son los episodios depresivos, con una prevalencia anual que varía del 4% en Lima rural y 8,8% en Iquitos; y, se estima un promedio nacional de 7,6%. En niños y niñas, los estudios epidemiológicos en Lima y Callao muestran que el 20,3%, 18,7% y 14,7% presenta algún problema de salud mental en los grupos de edad de 1,6 a 6 años, de 6 a 10 años y de 11 a 14 años, respectivamente. Además, alrededor del 11% de estos mismos grupos está en riesgo de padecerlos.(8)

Lima (octubre - 2020), la pandemia ha sido un punto de quiebre para la salud mental. Es así como la depresión, estrés y ansiedad se han apoderado de los

jóvenes provocando 391 casos de suicidios hasta el 04 de septiembre, según el Sistema Informático Nacional de Defunciones (SINADEF). Un caso sonado fue el 17 de septiembre cuando un joven de 18 años se suicidó lanzándose desde lo alto de una torre eléctrica en Los Olivos.(9)

El Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega fue fundado 20 de noviembre de 1964, en la ciudad de Abancay Región de Apurímac. Uno de los servicios que se implementó fue el de Medicina. En la Actualidad es un Hospital que atiende las referencias de centros y puestos de salud de la Región Apurímac. En el año de 2016 se implementó el área de Salud Mental en el servicio de Medicina. En el año de 2017 se atendieron 54 casos de pacientes con depresión, en el año de 2018 se atendieron 43 casos, en el año 2019 se atendieron 37 casos, en el año 2020 se atendieron 16 casos, en la actualidad hasta el 30 de junio del presente año (2021) se han atendido 10 casos de pacientes con depresión. Siendo el 61.3% los casos de género femenino. En el área de salud mental del servicio de Medicina se realizan los cuidados de enfermería a los pacientes con depresión, brindándoles consejería, tratamiento terapéutico, ambientes adecuados y acompañando en cada momento para que puedan superar esta difícil enfermedad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

OSCAR GALINDO VÁZQUEZ ; MÓNICA RAMÍREZ OROZCO Y ROSARIO COSTAS MUÑIZ (MEXICO-2020) realizaron un trabajo de investigación con el TÍTULO “Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general” tuvieron como **objetivo** Determinar los niveles de síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en población general. **Método:** Encuesta en línea distribuida durante tres semanas mediante muestreo no probabilístico. Se empleó el Cuestionario sobre la Salud del Paciente PHQ-9, la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada GAD7 y la Escala análoga visual de conductas de autocuidado. Se realizaron análisis descriptivos y de comparación entre los grupos con ansiedad y depresión. Llegaron a las siguientes **Conclusiones:** Se observó mayor número de individuos con síntomas de ansiedad y depresión moderadas a graves que en otras pandemias. Los efectos psicológicos de la pandemia de COVID-19 se consideran un problema de salud mental pública emergente, por lo que se recomienda la implementación de programas para su atención.(10)

NAIARA OZAMIZ-ETXEBARRIA, MARIA DOSIL-SANTAMARIA MAITANE PICAZAGORROCHATEGUI (España-2020) realizaron un trabajo de investigación con el TÍTULO “Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España” tuvieron como **objetivo** determinar los Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España, **Metodología** El estudio es un estudio exploratorio-descriptivo de tipo trasversal. Las técnicas empleadas para la recogida de la muestra, y dada la situación que se estaba

generando por el brote del COVID-19, se decidió realizar mediante un cuestionario Google Forms (<https://www.google.com/forms/about>) que se difundió mediante plataformas virtuales para el alumnado, redes sociales y mediante emails a diferentes asociaciones. En total se enviaron a aproximadamente 2.400 personas, de las cuales respondieron 1.003. Llegaron a las siguientes **CONCLUSIONES**. Ante el confinamiento impuesto por las autoridades y ante una amenaza de enfermar, los niveles de estrés ansiedad y depresión aumentan en la población, pero sobre todo lo hacen en aquellos grupos llamados de riesgo. Por ello, es importante desarrollar programas que amparen a estos grupos.

En suma, en esta situación de confinamiento sin precedentes para la población española es muy importante atender a los factores psicológicos de la ciudadanía. Es clave analizar los efectos que va a producir la crisis del COVID-19 en la salud de las personas. Por eso, creemos que este tipo de investigaciones pueden ayudar a generar iniciativas sociales y sanitarias de tratamiento para prevenir y paliar los efectos psicosociales de la pandemia. De ello depende que la sociedad avance y salga fortalecida. Esta investigación ofrece un punto de partida interesante que ha de ser seguido en este largo proceso que tenemos por delante. (11)

MARÍA SOLEDAD FERREIRA, GEOVANA CORONEL DIAZ Y MARÍA ALESIA RIVAROLA VARGAS (Paraguay-2020) realizaron un trabajo de investigación con el **TÍTULO** "Impacto sobre la salud mental durante la pandemia COVID 19 en Paraguay". tuvieron como **objetivo**: describir la frecuencia de depresión, ansiedad e insomnio durante la cuarentena en la población paraguaya. **Metodología**: se realizó un estudio transversal descriptivo de corte prospectivo. Se aplicó una encuesta en forma virtual que llegó a las personas a través de las redes sociales. Para el diagnóstico de depresión y ansiedad se aplicó el cuestionario de *Patient Health Questionnaire-4* y para el insomnio el cuestionario *Insomnia Severity Index*. Llegaron a las siguientes **CONCLUSIONES**. 21,3% presentó ansiedad y

depresión moderada, mientras que 15,9% tenía síntomas de ansiedad y depresión severa. Además, 62,5% presentaba algún grado de insomnio. (12)

RICARDO GUARDADO BELTRÁN (Mexico-2020) realizó un trabajo de investigación con el **TÍTULO** “valoración de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con neumonía severa por COVID-19”. tuvo como **objetivo**: Determinar si los pacientes hospitalizados con neumonía severa por Covid-19 presentan síntomas de ansiedad y/o depresión de carácter directamente proporcional a su evolución clínica. **Metodología**: Estudio longitudinal, prospectivo, observacional, llevado a cabo en el Edificio de Alta Especialidad y Medicina Avanzada del Hospital Universitario de la UANL, donde se encuestaron pacientes mayores de 18 años de sexo indistinto hispanohablantes, con diagnóstico de neumonía severa por COVID19 durante el periodo de septiembre de 2020 a enero de 2021. Se obtuvieron datos sociodemográficos, incluyendo edad, sexo, comorbilidades, ocupación, escolaridad, estado civil, procedencia y religión, días de internamiento, y requerimientos de oxígeno que fueron preguntados directamente al paciente o recabados del expediente clínico, de la información más reciente con la que cuente el paciente. Llegaron a las siguientes **CONCLUSIONES**. La prevalencia de depresión y ansiedad comórbida fue mayor en los primeros días de la estancia hospitalaria y no se relacionó con la clínica de los pacientes, la estancia hospitalaria ni el recibir ventilación mecánica invasiva durante su estancia. (13)

JOSÉ CARLO LORENZO DÍAZ, HUMBELINA DÍAZ ALFONSO y MARTHA

BEATRIZ CUELLO CARBALLO (Cuba-2020) realizaron un trabajo de investigación con el **título** “Síntomas depresivos en pacientes diagnosticados con COVID-19 en Pinar del Río” Tuvieron como **OBJETIVO** evaluar síntomas depresivos en pacientes diagnosticados con COVID-19, ingresados en el Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Dr. León Cuervo Rubio de Pinar del Río, en los meses de abril a junio en el año 2020.

METODOLOGÍA: se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal, en pacientes institucionalizados con diagnóstico de COVID-19 para evaluar síntomas depresivos en el periodo de actividad de la enfermedad durante el año 2020, en un universo de 37 pacientes, en enfermos con edades de 20 años y más. Llego a las siguientes **CONCLUSIONES.** la investigación ha demostrado que la percepción de enfermedades infecciosas referida por la población objeto de estudio, se expresa en una mayor prevalencia de síntomas depresivos. Se destacan el humor depresivo, disminución de su vitalidad, esto repercute en el estado físico y emocional del paciente. (10)

2.1.2 Antecedentes Nacionales.

DIEGO E. PRIETO-MOLINARIA, GIANELLA L. AGUIRRE BRAVO Y INÉS DE PIEROLA (Lima-2020) realizaron un trabajo de investigación con el **TÍTULO** “Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana” tuvieron como **objetivo** escribir la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en adultos de Lima Metropolitana, durante el periodo de aislamiento social en respuesta a la pandemia del COVID-19. **Metodología** se utilizaron ítems de la Escala de Ansiedad de Lima (EAL-20) y de la Escala de Psicopatología Depresiva (EPD-6) en una muestra de 565 adultos que residen en Lima Metropolitana durante el Estado de Emergencia Sanitaria. Llegaron a las siguientes **CONCLUSIONES.** el aislamiento obligatorio implica la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en adultos de Lima Metropolitana, los cuales se manifiestan de diferentes formas al considerar variables sociodemográficas. Esto es congruente con estudios a nivel internacional, por lo que deberían considerarse al tomar decisiones ligadas a políticas públicas de salud. (14)

VILLENA SALAZAR, MELANIE DAYANARA, MOSCOSSO BEDREGAL, HANS JOSÉ (Arequipa-2021) realizaron un trabajo de investigación con el título “Depresión y factores asociados a la cantidad de controles prenatales durante la pandemia COVID-19 en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital III Goyeneche Arequipa - 2021” Tuvieron como **OBJETIVO** En el presente trabajo se propuso determinar la prevalencia de niveles de depresión y factores asociados relacionados al número de controles prenatales de gestantes del tercer trimestre durante la pandemia COVID 19 en pacientes hospitalizadas en el Servicio de Ginecoobstetricia del hospital III Goyeneche, Arequipa 2021. **METODOLOGÍA:** Estudio de campo, Observacional Descriptivo, de corte transversal de nivel correlacional. Las variables han sido investigadas y se utilizó como técnica la observación documental y como instrumentos la escala de depresión de Hamilton. En el análisis estadístico se utilizó la prueba de chi cuadrado, v de Cramer y Odds Ratio para establecer el nivel de significancia, fuerza de asociación y riesgo respectivamente en una muestra conformada por gestantes del tercer trimestre del Hospital III Goyeneche. Llego a las siguientes **CONCLUSIONES.** El porcentaje de diferentes niveles de depresión en gestantes del tercer trimestre durante la pandemia COVID 19 en el Hospital III Goyeneche es alto, se encontró que esta patología se presenta con mayor frecuencia en gestantes que padecen distintos factores asociados. Se observó que los factores asociados como el nivel económico y la estabilidad de pareja están relacionados al número de controles prenatales y también relacionados a los niveles de depresión. (15)

CONDORI ARIAS, YAIME (Arequipa-2021) realizaron un trabajo de investigación con el título “Asociación entre la exposición al covid-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa” Tuvieron como **OBJETIVO.** Determinar la asociación entre la exposición al COVID-19 y la frecuencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa. **METODOLOGÍA:** el estudio fue de tipo observacional, transversal y retrospectivo. Se realizó una

encuesta virtual a 395 médicos que laboraban en hospitales COVID-19 y no COVID-19, durante el periodo del 24 al 30 de junio del 2020. Llego a las siguientes CONCLUSIONES. Existe asociación entre la exposición al COVID-19 y la presencia de síntomas de ansiedad e insomnio. Más de la mitad de médicos encuestados presentaron síntomas de depresión en el momento del estudio (56,7%), con una severidad leve (44,6%) a moderada (10,1%). (16)

JEFF HUARCAYA-VICTORIA (LIMA-2020) realizó un artículo académico con el **título** “Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19”. Tuvo como **OBJETIVO**. revisar la evidencia actual sobre problemas psiquiátricos y de salud mental relacionados con la pandemia por COVID-19. **METODOLOGÍA**: Se realizó una revisión narrativa, a partir de una búsqueda en Pubmed de todos los artículos publicados desde el 1 de diciembre de 2019 hasta el 24 de marzo de 2020. Se emplearon los términos: (COVID-19 OR COVID 19 OR coronavirus) AND (psychiatry OR mental health OR psychology). Se seleccionaron aquellos artículos que contenían información relacionada con los efectos psiquiátricos, psicológicos y de salud mental de la COVID-19 escritos en inglés o en español. Llego a las siguientes **CONCLUSIONES**. En cualquier emergencia sanitaria los problemas de salud mental son comunes y pueden ser barreras para las intervenciones médicas y de salud mental. De acuerdo con la evidencia revisada, se ha demostrado que durante la fase inicial de la pandemia de COVID-19 fue común la presencia de ansiedad, depresión y reacción al estrés en la población general. Además, en el personal de salud también se encontraron problemas de salud mental, especialmente en las profesionales, las enfermeras y en quienes trabajan directamente con casos sospechosos o confirmados de COVID-19.

Para lograr controlar la pandemia de COVID-19 en el Perú, se requiere un manejo adecuado e integral de la atención en salud mental. La experiencia de otros países nos señala que adherirse a las recomendaciones mencionadas en esta revisión ayudaría a mejorar la salud mental de la población y del personal de salud. (17)

ERNESTO SEBASTIÁN BENAVIDES ALBURQUEQUE (PIURA-2020)

realizo un trabajo de investigación con el **título** “Factores asociados a depresión mayor en internos de medicina del Perú durante el periodo de emergencia sanitaria debido a la Covid-19, 2020”. Tuvo como **OBJETIVO**. Determinar los factores asociados a Depresión Mayor en internos de medicina del Perú durante el aislamiento social obligatorio debido a la pandemia por COVID-19 en el año 2020. **METODOLOGÍA**: Este es un análisis secundario, transversal en internos de medicina del Perú. Se estudiaron las variables asociadas a depresión mayor. Se usó Chi cuadrado para las variables categóricas y kruskal Wallis para las cuantitativas. Para el análisis de regresión se usaron modelos lineales generalizados con familia Poisson. La base de datos del estudio principal no contenía datos personales de ningún participante, y todo se realizó con fines de investigación, por lo que no se vulneró ningún principio bioético. Llego a las siguientes **CONCLUSIONES**. La prevalencia de depresión mayor en estudiantes de medicina humana del Perú es alta y está asociada a factores sociodemográficos, familiares, socioeconómicos, académicos, de salud y consumo de sustancias.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Teoría psicodinámica de la Enfermería Hildegard Peplau.

En su modelo de enfermería psicodinámica, describe su teoría de las relaciones interpersonales, en la que analiza la relación de enfermera/o-paciente; en las que identifica y describe cuatro fases: orientación, identificación, aprovechamiento y resolución.

Esta teoría permite que los profesionales de enfermería dejen de centrarse en la atención biofísica de la enfermedad, y acercarse a los sentimientos y los comportamientos frente a la enfermedad, ellos pueden ser explorados e incorporados a las intervenciones de enfermería. Conseguiremos, que surja una relación entre enfermera/o - paciente que permita afrontar los problemas que aparezcan de manera conjunta. Integró en su modelo las teorías

psicoanalíticas, el aprendizaje social, la motivación humana y el desarrollo de la personalidad, al mismo tiempo que el crecimiento de la teoría enfermera era algo relativamente novedoso.

Los cuidados en Enfermería psicodinámica exigen ser capaz de comprender nuestra propia conducta para poder ayudar a otros a identificar las dificultades percibidas y aplicar principios de relaciones humanas a los problemas que surgen a todos los niveles de experiencia. La enfermería es un importante proceso interpersonal y terapéutico.

Peplau empleó conocimientos tomados de la ciencia conductual, el modelo psicológico. Este permite al enfermero situarse fuera de la concepción de enfermedad hacia otra orientación e incorporar el significado psicológico de los acontecimientos, sentimientos y conductas a las intervenciones de enfermería. Esto nos permite enseñar a los pacientes cómo debe experimentar sus sentimientos y explorar con ellos la forma de asimilar estos sentimientos. El sistema conceptual de las relaciones interpersonales está encaminado al desarrollo de la capacidad de los enfermeros/as para emplear estos conceptos.

En esta época se describían la conducta dentro de una teoría enfocada al psicoanálisis. Los principios del aprendizaje social, concepto de la motivación humana y el concepto del desarrollo de la personalidad.

Peplau define al paciente como un ser humano, como una persona o cliente. Define la enfermería como un proceso interpersonal terapéutico. Este funciona cooperativa-mente con otro proceso humano que hace posible la salud para individuos y comunidades. La enfermería es un instrumento educativo cuyo objetivo es asistir al paciente para que esté consciente y solucione los problemas que interfieren en su vida diaria, el paciente y la enfermera contribuyen y participan en la promoción de la interacción que se descubre entre ellos. Ambos son concebidos como seres humanos, cada uno con percepciones constituidas por sentimientos, pensamientos, deseos, pre suposiciones, expectativas y actividades. La interacción de estos es el centro del proceso de enfermería; se caracteriza por ser una comunicación de carácter lingüístico y terapéutico. Para la autora, la comunicación

humana, las actitudes profesionales, la información son los elementos centrales del cuidado puesto que la enfermera es un profesional, con conocimiento, competencia que se traduce en servicios que los pacientes requieren o necesitan dada su condición, para los cuales la enfermera puede proporcionar intervenciones adecuadas, y es fructífera cuando el método de comunicación significa que se está trabajando en la situación.

Enfermería psicodinámica: Según Peplau la enfermería psicodinámica es ser capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son sus dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia.

Relación enfermero/Paciente: Peplau describe cuatro fases en la relación enfermero paciente, en la cual se va produciendo a lo largo de la relación una interacción entre ambos para entender su problema y a determinar qué tipo de ayuda necesita.

Orientación: el individuo tiene una necesidad insatisfecha y precisa apoyo profesional. El enfermero ayuda al paciente a reconocer y entender su problema y a determinar qué tipo de ayuda necesita.

Identificación: El paciente se identifica con aquellos que pueden ayudarle (relación) El enfermero/a permite una exploración de los sentimientos que ayuda al paciente enfermo a reorientar dichos sentimientos y a desarrollar fuerzas positivas de su personalidad para satisfacer sus necesidades.

Explotación: el paciente obtiene todo lo que se le ofrece a través de la relación. Pueden proyectarse nuevos objetivos, alcanzables a través del esfuerzo personal.

Resolución: De una forma progresiva, los antiguos objetivos van siendo desplazados por otros nuevos. Durante este proceso, el paciente se libera de su identificación con el enfermero/a.

2.2.2 Papeles de la Enfermería:

Peplau" describe seis papeles diferentes de la enfermería que surgen durante las distintas fases de la relación enfermero/a-paciente

Papel del extraño: Durante la fase de orientación, el individuo tiene una "necesidad insatisfecha» y precisa apoyo profesional. El enfermero/a ayuda al paciente a reconocer el papel de extraño. El primer papel del enfermero/a es el papel de un extraño. debido a que el enfermero/a y el paciente no se conocen, el enfermero/a debe tratar al paciente como si su capacidad emocional fuera normal, aunque las pruebas indiquen lo contrario. Esta fase coincide con la de identificación.

Papel como persona a quién recurrir: el enfermero/a proporciona respuestas específicas a las preguntas, especialmente sobre información sanitaria, y explica al paciente su tratamiento o su plan médico de cuidados. Estas preguntas surgen generalmente en el contexto de un problema mayor.

El enfermero/a determina qué tipo de respuesta resulta adecuada para un aprendizaje constructivo, bien sean respuestas fácticas directas o respuestas que proporcionan apoyo.

Papel docente El papel docente es una combinación de todos los papeles y procede siempre de lo que el paciente conoce y desarrolla en función de su interés y su deseo de ser capaz de emplear información» Separa la enseñanza en dos categorías:

Instructiva, que consiste mayormente en dar información y

Experimental, que implica la experiencia del paciente como base a partir de la cual se desarrolla, los productos del aprendizaje.

Papel conductor El enfermero/a ayuda al paciente a satisfacer sus necesidades a través de una relación de cooperación y de participación activa.

Papel de Sustituto El paciente asigna al enfermero, un papel de sustituto. La función del enfermero/a es ayudar al paciente a encontrar similitudes entre el/ella y la persona recordada. Luego debe ayudar al paciente a ver las diferencias entre su papel y el de la persona recordada. En esta fase, tanto

el paciente como el enfermero/ra definen áreas de dependencia, independencia y. finalmente interdependencia.

Papel de Asesoramiento: El asesoramiento de la relación enfermero/a paciente se manifiesta en la forma en que los enfermeros/as responden a las demandas del paciente Peplau afirma que el propósito de las técnicas interpersonales es ayudar al paciente a recordar y comprender plenamente qué es lo que le ocurre en la situación actual, de modo que pueda integrar esa experiencia en vez de disociarla de las demás experiencias de su vida.
(18)

2.3 Bases conceptuales

2.3.1 Depresión

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más antiguos que se conocen. describe un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana. Los trastornos depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañado de ansiedad.

Estado animo anormal, que puede ser exógeno o endógeno, de fondo hereditario o adquirido, cuya sintomatología está presidida por un descenso del estado de ánimo, al que se asocian cambios negativos en el campo somático, de conducta y cognitivo. El manual Diagnostico y Estadístico de la Asociación América de psiquiatría en su quinta edición describe a la depresión como un síndrome que se caracteriza fundamentalmente por humor deprimido o perdida de placer o interés, aunado a una serie de síntomas como:

1. Perdida o ganancia significativa de al menos un cambio del 5% de peso en un lapso de un mes.
2. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
3. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días observables por otros.

4. Falta de energía casi todos los días
5. Sentido de minusvalía o culpa excesiva casi todos los días que sobre pasa el auto reproche o la culpa por encontrarse enfermo.
6. Pensamientos recurrentes de muerte. (19)

2.3.2 Diferencia entre tristeza normal y depresión

Tristeza	Depresión
Hay un causa desencadenante	Puede no haber desencadenante
Tristeza Proporcional al desencadenante	Tristeza no proporcional al desencadenante
Duración de los síntomas proporcional al desencadenante	Duración prolongada de los síntomas
Poca alteración del rendimiento	Importante alteración del rendimiento
Síntomas físicos escasos o ausentes	Síntomas físicos importantes
Los síntomas suelen variar a lo largo del día	Los síntomas no varían tienden a empeorar

2.3.3 Frecuencia de la depresión

Aproximadamente un 15% de la población española sufre algún tipo de cuadro depresivo a lo largo de su vida, pero menos de una de cada tres personas será diagnosticada y tratada correctamente, ya que únicamente un 40 o 50% acuden a consulta. La vida estresante, el elevado porcentaje de divorcios y las largas e intensas jornadas laborales son algunos de los factores que posiblemente han contribuido a este aumento de la depresión.

La depresión suele ser una enfermedad crónica o recurrente. Causa falta de interés e incapacidad para concentrarse en el trabajo.

En general podemos decir:

- Una de cada 5 personas adultas sufría una depresión a lo largo de su vida.
- La mayoría de las depresiones son leves, pero 1 persona de cada 20 tendrá un episodio moderado o grave.

- La depresión grave afecta a un 3-4% de la población.
- La depresión afecta a todos los grupos de edad tanto jóvenes como ancianos.
- Sin embargo, las mujeres tienen dos veces más depresiones leves que los hombres, aunque la frecuencia de depresión graves es la misma para ambos sexos.
- En las mujeres la depresión es más frecuente entre los 35 – 45 años, mientras que, en los hombres, la depresión aumenta con la edad.
- La depresión es menos frecuente en personas casadas que en solteras y es más frecuente en personas residentes en grandes ciudades. (20)

2.3.4 La mala vía de la depresión.

Efectivamente una depresión puede conducir al suicidio por que el sufrimiento es tal que el individuo que la padece ve en la muerte una solución definitiva a su problema, como si esta fuese la única luz que brilla al final de un tues largo y oscuro en el a caído.

Resulta irremediable. La depresión es un estado psicológico anormal producido tanto por factores endógenos (hereditario, bioquímico, inmotivado). Estos condicionan al tipo de trastorno; de dice que puede haber depresiones endógenas y otras reactivas. Lo que a su vez explica la razón por la que unas personas son más propensas que otras a periodos prolongados de la depresión. Cada etapa de la historia tiene su forma predominante de depresión, existen periodos en los que hay mayor predisposición a padecerla, lo que indudablemente está ocurriendo en nuestros tiempos. (21)

2.3.5 Causas de la depresión

La depresión es una enfermedad muy compleja sobre la que influyen varios factores que pueden desencadenar un episodio depresivo. En primer lugar, debemos entender la depresión como enfermedad

psicobiosocial, lo cual significa que hay factores psicológicos, biológicos y sociales implicados. Hay personas con mayor vulnerabilidad biológica a padecer depresión, se estima que un tercio del riesgo es atribuible a la herencia genética y dos tercios a factores ambientales. Además, hay enfermedades que predisponen a la depresión, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares (como el infarto de miocardio), las enfermedades endocrinológicas (como el hipotiroidismo) o las enfermedades neurológicas (como la esclerosis múltiple).

Causas genéticas de la Depresión

Las personas que tiene un familiar de primer grado con depresión tiene un riesgo dos a cuatro veces mayor de sufrir depresión también. La heredabilidad de la depresión es aproximadamente del 40 %. Gran parte de esta carga genética de la depresión está asociada a heredar rasgos neuróticos de personalidad de un progenitor.

Las personas con vulnerabilidad genética al estrés pueden tener también alterados los mecanismos biológicos que definen la respuesta al estrés.

Causas ambientales de la Depresión

Como ocurre con otros trastornos psiquiátricos, los acontecimientos adversos durante la infancia constituyen un importante factor de riesgo de desarrollar una depresión o un Trastorno depresivo mayor. Esto sucede con mayor frecuencia cuando los acontecimientos adversos son múltiples y son experiencias negativas de distintos tipos. Es especialmente relevante en este caso las situaciones de abuso infantil o ambientes de violencia familiar.

También es habitual identificar acontecimientos vitales estresantes como precipitantes de los episodios depresivos.

Algunos de los acontecimientos estresantes que con mayor frecuencia pueden causar depresión son:

- La pérdida de un ser querido o duelo.
- Problemas laborales.
- Problemas económicos.
- Rupturas sentimentales.
- Enfermedades propias o de familiares.
- La vejez es una etapa de la vida especialmente vulnerable.

Causas temperamentales de la Depresión

Se ha establecido que el temperamento neurótico o neuroticismo predispone a la depresión. También se ha podido comprobar que las personas con rasgos neuróticos de personalidad tienen más riesgo de desarrollar depresión en respuesta a acontecimientos vitales estresantes. El neuroticismo es un rasgo de la personalidad, que define personas inestables e inseguras emocionalmente. Suelen ser también personas ansiosas, que viven en un estado continuo de tensión y preocupación, que tienen tendencia a sentir culpabilidad.(22)

2.3.6 Tipos de Depresión

Se han descrito los siguientes tipos de Depresión:

1. Trastorno Depresivo Mayor

Es el más característico y el que concentra la mayoría de síntomas. Cuando el paciente se muestra extremadamente apático y con inhibición psicomotriz, se habla también de melancolía; en los casos más graves conduce al estupor depresivo. En el que el paciente se encuentra inmóvil e incluso puede rechazar comer o beber.

Existe un subtipo en el que aparecen trastornos delirantes, es decir creencias firmemente sostenidas, pero sin fundamentos adecuados. Los delirios suelen ser de culpa o ruina.

2. Distimia

Se distingue por su cronicidad, la inestabilidad del humor, la fuerte ansiedad y la fluctuación del estado de ánimo. La baja autoestima y la desesperanza son también características de la distimia.

3. Trastorno ansioso-depresivo.

Es una mezcla de ansiedad y depresión, en general moderada.

4. Depresión Atípica.

Se caracteriza por gran reactividad del estado de ánimo a situación diversas, con marcada ansiedad y síntomas depresivos” invertidos”: empeoramiento por las tardes, aumento de apetito e hipersomnia

5. Trastorno afectivo estacional.

Aparece de forma regular y repetida, coincidiendo con cambios estacionales, en general, en otoño e invierno, y asociado a los cambios lumínicos. Somnolencia excesiva, apetencia por los hidratos de carbono junto con los síntomas típicos de la depresión, destacando la fatiga.

6. Trastorno Bipolar.

Implica la existencia d episodios depresivos graves alternados por otros de exaltación de las funciones mentales (“manía”), consistente en aceleración del pensamiento, hiperactividad, gastos descontrolados, insomnio e irritabilidad.

7. Ciclotimia

Manifestaciones leves e imprevisibles con cambios frecuentes de estado de ánimo (de la euforia a la tristeza) en varios días, sin motivo aparente; son sujetos muy inestables.

Es difícil diferenciarla de los cambios normales. (21)

2.3.7 Síntomas de la depresión

Los síntomas de la depresión son muy variados, no solo es sentirse triste

Su frecuencia e intensidad puede variar de una persona a otra, pero los dos más importantes son: Ánimo bajo, tristeza y sentimientos de desesperanza. Pérdida de interés por las actividades con las que antes se disfrutaba o reducción del placer al realizarlas, la mayoría de los días durante las últimas semanas.

Otros posibles síntomas que se presentan con cierta frecuencia son:

- Irritabilidad (enfadarse fácilmente).
- Ansiedad. Ganas de llorar sin un motivo aparente.
- Pérdida de energía o cansancio.
- Problemas de sueño.
- Cambios en el apetito, que a veces conducen a un aumento o disminución de peso.
- Dificultad para concentrarse o problemas de memoria.
- Sentimientos de inutilidad o culpa.
- Pensamientos negativos, excesivas críticas hacia uno mismo.
- Deseos de muerte o ideas de suicidio

Además, se pueden sentir los siguientes síntomas físicos asociados: Dolor en diferentes partes del cuerpo; dolor de cabeza, por ejemplo. Palpitaciones o presión en el pecho. Molestias abdominales o problemas digestivos.

2.3.8 Pasos para el tratamiento de la depresión

- Para poder disponer de los beneficios de un tratamiento, hay que reconocer primero las señales de la depresión.
- El siguiente paso es ser evaluado por un personal de salud especializado.

- El tratamiento es un trabajo de equipo entre el paciente y el profesional de salud especializado.
- Si no se observan resultados positivos luego de 2 o 3 meses de tratamiento, o si los síntomas se intensifican, la persona debe consultar con su médico para cambiar de estrategia de tratamiento. Puede también ser necesaria la opinión de otro profesional de salud o de salud mental.

2.3.9 Cómo uno puede ayudarse a sí mismo cuando está deprimido

- Los trastornos depresivos hacen que uno se sienta inútil y desesperanzado. Es importante saber que las maneras negativas de ver las cosas, pueden ser parte de una depresión.
- En estos casos, los pensamientos o sentimientos fatalistas, no se basan en circunstancias reales.
- Mientras tanto, se sugiere:
 1. Fijarse metas realistas, tomando en cuenta la depresión, y no tratando de asumir una cantidad excesiva de responsabilidades.
 2. Es conveniente dividir las metas en partes pequeñas, estableciendo prioridades y haciendo lo que se pueda cuando se pueda
 3. Tratar de estar acompañado y de confiar en alguna persona amiga o familiar con quien se puedan compartir inquietudes.
 4. Tomar parte en actividades que a uno le hagan sentirse mejor.
 5. Hacer ejercicio, participar en actos recreativos, deportivos, sociales o que estimulen la creatividad, como la pintura, el dibujo, la música, etc.

6. No esperar que el estado de ánimo mejore inmediatamente, sino gradualmente.

Sentirse mejor toma tiempo.

7. Es aconsejable posponer decisiones importantes hasta que la depresión mejore: cambios de trabajo, de matrimonio o estado civil, por ejemplo. En estos casos es mejor consultar con personas que lo conozcan bien a uno y que tengan una visión objetiva de la situación.

8. La gente rara vez sale de la depresión de un día para otro, pero puede sentirse un poco mejor cada día.

9. Es importante dejar que familiares o amigos puedan brindar su ayuda.

La depresión hace que la persona se sienta fatigada, sin valor alguno, desamparada y sin esperanzas. Algunas personas cuando se sienten así, quieren darse por vencidas. Es importante que sepan que estos sentimientos negativos son parte de la depresión y se irán a medida que vaya surtiendo efecto el tratamiento.

2.3.10 Cómo pueden los familiares ayudar a una persona deprimida

- Lo más importante que alguien puede hacer por la persona que está deprimida, es ayudarla a que reciba el tratamiento adecuado. Esto tal vez implique que tenga que aconsejar a la persona a que no abandone el tratamiento antes de que los síntomas puedan empezar a aliviarse (ello dura varias semanas).
- Tal vez se le deba orientar a obtener un tratamiento diferente si no se observa ninguna mejoría con el primer tratamiento. En ocasiones puede requerirse que el familiar o amigo acompañen a la persona deprimida al establecimiento de

salud. o incluso, es necesario asegurarse que la persona deprimida esté tomando el medicamento.

- El apoyo emocional implica brindar comprensión, paciencia, afecto y estímulo a la persona deprimida. Buscar formas de conversación o bien escuchar con atención lo que la persona aquejada manifiesta. No minimizar los sentimientos que experimenta la persona deprimida, pero señalar la realidad de las cosas y ofrecer esperanza.
- No ignorar comentarios o menciones respecto al suicidio. En esos casos, el personal de salud del primer nivel de atención deberá estar informado e informar a su vez al médico tratante.
- Invitar a la persona deprimida a caminar, pasear, ir al cine o realizar alguna actividad entretenida o que le guste. Fomentar la participación de la persona deprimida en actividades que antes le daban placer, pero no forzarla a hacer demasiadas cosas demasiado pronto. La persona deprimida necesita diversión y compañía, pero demasiadas exigencias pueden aumentar sus sentimientos de fracaso.
- No acusar a la persona deprimida de simular enfermedad o ser perezosa, ni esperar que salga de esa situación de un día para otro. Con el tratamiento la mayoría de personas mejora. Es necesario tener eso en cuenta y repetírselo a la persona deprimida para que repare en la importancia que tiene el tiempo y la ayuda recibida.

CAPÍTULO III

DESARROLLO DE PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

3.1 VALORACION

3.1.1 DATOS DE FILIACION:

• DATOS PERSONALES:

Apellidos y nombres : F.CH.P

Nacionalidad : Peruano

Fecha de nacimiento: 04/06/1977

Sexo : Masculino

Edad : 44 años

Fecha de valoración : 18- 09-2021

Localidad : Pachachaca

Provincia : Abancay

Estado civil : Conviviente

Informante : Esposa

Historia Clinica : 11795

3.1.2 Motivo de consulta

Paciente adulto varón ingresa al Centros de Atención y Aislamiento Temporal (CAAT) con dificultad respiratoria, tos, y fiebre, el 18 de setiembre del 2021.

3.1.3 Enfermedad Actual.

Paciente ingresa Centros de Atención y Aislamiento Temporal (CAAT) el día 18 de setiembre de 2010, con diagnostico neumonía viral por COVID-19, saturación de oxígeno 84% con cánula binasal con oxígeno a 2 litro.

3.1.4 ANTECEDENTES:

3.1.4.1 ANTECEDENTES PERINATALES: No refiere

3.1.4.2 ANTECEDENTES FAMILIARES: De sus padres no refiere.
Su hermana que vive con él aparentemente sana.

3.1.4.3 ANTECEDENTES PERSONALES:

- Con hipertensión arterial desde hace 4 años con tratamiento.
- Niega: Alergias y hábitos tóxicos.

3.1.4.4 ANTECEDENTES SOCIO ECONOMICOS Y CULTURALES:

Paciente de religión católica y trabaja en construcción.

3.1.5 EXAMEN FÍSICO:

Control de signos vitales

- Presión arterial: 130/70 mm Hg
- Frecuencia cardiaca: 112 por minuto
- Frecuencia respiratoria: 26 por minuto
- Temperatura: 38.2 °C
- Sat. O₂ 84%

Exploración céfalo caudal:

- Cabeza: Normo cefálico (no se palpa ganglios ni masas)
- Oreja: Simétricas y con buena audición
- Nariz: Mediana, alineada y simétrica sin lesiones. Vías aéreas permeables.
- Boca: Grande sin lesiones. Mucosa hidratada.
- Cuello: Cilíndrico, simétrico, móvil con presencia de catéter venoso central en subclavia derecha.
- Tórax: Simétrico, pulmones con ruidos alterados; pulso cardiaco presenta taquicardia (por fiebre); no soplos.
- Mamas: Simétricas sin lesiones ni secuelas.
- Abdomen: Distendido a predominio de flanco derecho superior, con dolor difuso a la palpación.

- Genito urinario: Normal con presencia de catéter urinario.
- Columna vertebral: Normal, "refiere dolor por estar en esta cama".
- Extremidades: Superiores e inferiores simétricas con edemas piel oscura y seca.
- Fuerza muscular: Disminuida

INDICACIONES MÉDICAS

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

DROGA	DOSIS	VÍA
CLNA 9%	1000 ml XXV gotas X min	EV
Omeprazol	40 mg c/24 h	EV
Ceftriaxona	2g c/24h	EV
Enoxaparina	40 mg c/24h	SC
Dextrometofano	10ml c/12h	VO
Metamizol	1g PRN T ≥ 38.3 C	EV
Brumuro de Ipatropio	2 puff c/8 h	VO
Acetil cisteina	600 mg c/8h	VO
Paracetamol	500 mg c/8h	VO
TRATAMIENTO		
BHE	c/6h	-----
CFV	c/6h	-----
DIETA:	Blanda + LAV	

- EV: Endovenoso
- CFV: Control de funciones vitales
- PRN: Condicional
- VO: Vía oral
- BHE: Balance Hídrico Estricto

3.1.6 EXÁMENES AUXILIARES:

Hematológicos

HEMOGRAMA	RESULTADOS
Leucocitos	14.12 cel/ μ L
Hematíes	2 260,000 cel/ μ L
Hemoglobina	11.4 g/dL
Hematocrito	37.8 %
Linfocitos	1.2
Tiempo de protrombina	15 seg
INR	1.26

INR: Índice Internacional Normalizado.

BIOQUÍMICA DE LA SANGRE	RESULTADOS
Glucosa	92
Urea	40
Creatinina	0.6
Sodio	142
Potasio	3.6
Cloro	101

ORINA	RESULTADOS
Color	Amarillo
Aspecto	Oscuro
Densidad	1.05
pH	7.00

3.1.7 VALORACIÓN SEGÚN MODELO DE CLASIFICACIÓN DE DOMINIOS Y CLASES

DOMINIO I. Promoción y gestión de la salud.

Clase 1. Su estado anímico cambió drásticamente por motivo de su hospitalización y por haber sido diagnosticado Neumonía viral por COVID-19. **Clase 2.** Gestión de salud.

DOMINIO II. Nutrición

Clase 1. Ingestión: La depresión le ha producido a la paciente anorexia con la consiguiente pérdida de peso. ingiere dieta blanda por vía oral.

Clase 2. Digestión: Disminuida

Clase 3. Absorción: Disminuida

Clase 4. Hidratación: Piel seca.

DOMINIO III. Eliminación

Clase 1. Función urinaria: (orina colurica).

Clase 4. Función respiratoria: Con oxígeno 2 litro por canula binasal con Sat O₂ 84%

DOMINIO IV. Actividad y reposo

Clase 1. Reposo/sueño: Reposo forzado, insomnio.

Clase 2. Actividad/ejercicio: inhibición psicomotriz, han disminuido las ganas para realizar las actividades de autocuidado.

Clase 3. Equilibrio/energía: Se moviliza y cambia de postura solo con algo de fatiga.

Clase 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar: Tiene hipertensión arterial controlada:

con medicación presión arterial = 130/70 mm Hg; frecuencia cardiaca con taquicardia = 120 x min por tener la temperatura = 38.4°C, frecuencia respiratoria = 26 x min, saturación = 84% con oxígeno ambiental.

Clase 5. Autocuidado: Asistido por el personal técnico, para el baño. Si se lava las manos y los dientes con ayuda.

DOMINIO V: Percepción – Cognición

Clase 1. Atención: Responde al interrogatorio, el paciente padece alteraciones en la percepción del entorno así como dificultades para concentrarse y de memoria.

Clase 2. Orientación: Orientado en tiempo espacio y persona.

Clase 3. Sensación-percepción: El paciente siente una percepción pesimista y negativa de sí misma y vacío vital a su alrededor.

Clase 4. Cognición: No alterado conocimiento deficiente y control emocional inestable.

Clase 5. Comunicación: Por momentos con deterioro de la comunicación se muestra irritable.

DOMINIO VI. Autoconcepción

Clase 1. Autoconcepción: La paciente tiene sentimientos de impotencia, inutilidad y frustración.

Clase 2. Autoestima: Riesgo de baja autoestima por no tener visita.

DOMINIO VII. Rol/Relaciones

Clase 1. Rol de cuidador: Riesgo de contagiarse de su familia quien la visita siempre.

Clase 2. Relaciones familiares: Esposa, hijos.

Clase 3. Desempeño del rol: No aparentan conflictos familiares.

DOMINIO VIII. Sexualidad

Clase 1. Identidad sexual: No refiere.

Clase 2. Función sexual: No refiere.

Clase 3. Reproducción: Tiene cuatro hijos.

DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

Clase 1. Respuesta post traumática: Refiere que nunca pensó contagiarse con COVID-19.

Clase 2. Respuesta de afrontamiento: Siente ansiedad por salir del hospital, estrés con sobrecarga. Deterioro de la regulación del estado de ánimo.

Clase 3. Estrés neuro-compartmental: Riesgo de disreflexia autónoma.

DOMINIO X. Principios vitales

Clase 1. Valores: Por momentos reacción a la atención y trata mal al personal de salud.

Clase 2. Creencia: Refiere tener religión católica.

Clase 3. Congruencia entre valores/creencias/acciones: Se aprecia riesgo de deterioro de la religiosidad, hay sufrimiento

espiritual y moral. Riesgo de deterioro de la toma de decisiones independiente.

DOMINIO XI. Seguridad y protección

Clase 1. Infección: Febril, Leucositosis y procedimientos invasivos: Vía endovenosa

Clase 2. Lesión física: Heridas por venopunción.

Clase 3. Violencia: Riesgo de agresión al personal que lo asiste cuando no acepta un procedimiento.

Clase 4. Peligros del entorno: Riesgo de complicación.

Clase 5. Termorregulación: Alza térmica 38.4 °C.

DOMINIO XII. Confort

Clase 1. Confort Físico: Con facies de malestar por alza térmica y en posición semi fowler, dolor torácico leve.

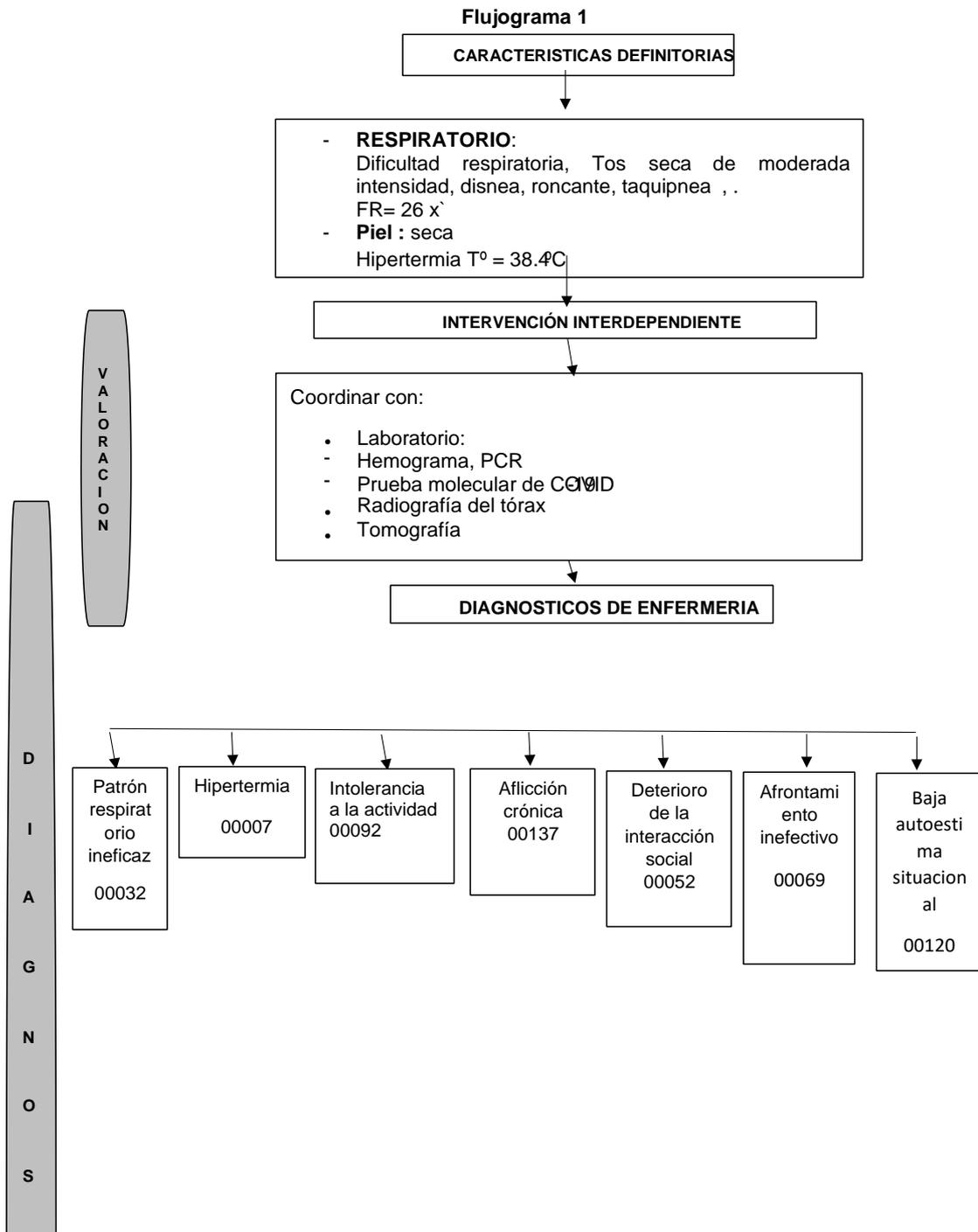
Clase 2. Confort del entorno: Cubierto con sabana y bata hospitalaria.

DOMINIO XIII. Crecimiento y desarrollo

Clase 1. Crecimiento: Riesgo de retraso en el crecimiento desproporcional.

Clase 2. Desarrollo: Incremento del desarrollo para su edad (aparenta más edad).

3.1.7. ESQUEMA DE VALORACION



T

3.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

3.2.1 LISTA DE HALLAZGOS SIGNIFICATIVOS:

- Presencia de procedimientos invasivos
- Alteración del estado de ánimo
- Anorexia con la consiguiente pérdida de peso.
- Disminuido las ganas para realizar las actividades de autocuidado Dificultades para concentrarse y de memoria.
- Percepción pesimista y negativa de sí misma y vacío vital a su alrededor
- Mantenerse en posición semi fowler
- Balance hídrico negativo
- Sentimientos de impotencia, inutilidad y frustración
- Lesión por venopunción
- Leucocitosis
- Hipertermia
- Ansiedad

3.2.2 DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA SEGÚN DATO SIGNIFICATIVO:

- Riesgo de infección
- Deterioro de la integridad cutánea
- Hipertermia
- Ansiedad
- Riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico
- Deterioro de la interacción social
- Afrontamiento inefectivo
- Fatiga
- Baja autoestima situacional
- Ansiedad
- Aflicción crónica

3.2.3 ESQUEMA DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

DIAGNOSTICO	RESULTADOS E INDICADORES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES (CUIDADOS ENFERMERÍA)
00052.-Deterioro de la interacción social	<ul style="list-style-type: none"> - Habilidades de interacción social . Uso del asertividad Relaciones con los demás . Utiliza formas/ métodos de resolución de conflictos - Implicación social . Interacción con miembros de la familia . Participación en actividades de ocio 	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciación de la socialización • Grupo de apoyo • Fomento de la implicación familiar 	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar las actividades sociales y comunitarias - Remitir al/a la paciente a un grupo o programa de habilidades interpersonales en los que pueda aumentar su comprensión de las transacciones, si resulta oportuno - Responder de forma positiva cuando el/la paciente establezca contacto con los demás - Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del/de la paciente - Identificar las capacidades y habilidades del/de la paciente junto con los

			miembros de la familia - Observar la estructura familiar y sus roles - Determinar el nivel de dependencia respecto de la familia que tiene el/
00069.- Afrontamiento inefectivo	- Afrontamiento de problemas . Busca información sobre la enfermedad y su tratamiento . Utiliza el apoyo social disponible . Utiliza estrategias de superación efectivas . Refiere aumento del bienestar psicológico	Aumentar el afrontamiento	- Valorar la comprensión del/ de la paciente del proceso de la enfermedad - Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación - Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del/de la paciente - Estudiar con el/la paciente métodos anteriores en el manejo de problemas vitales - Presentar al/a la paciente personas o grupos que hayan pasado por la misma experiencia con éxito - Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos

			<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al/a la paciente a resolver los problemas de una manera constructiva - Ayudar al/a la
00120.-Baja autoestima situacional	<ul style="list-style-type: none"> - Autoestima . Verbalización de autoaceptación . Aceptación de las propias limitaciones . Sentimientos sobre su propia persona 	<ul style="list-style-type: none"> - Potenciación de la autoestima - Reestructuración cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> - Observar las frases del/de la paciente sobre su propia valía - Animar al/a la paciente a identificar sus virtudes - Mostrar confianza en la capacidad del/de la paciente para controlar una situación - Ayudar a establecer objetivos realistas

			<p>para conseguir una autoestima más alta -</p> <p>Explorar las razones de la autocrítica o culpa - Ayudar al/ a la paciente a cambiar afirmaciones (autoafirmaciones) irracionales inducidas por afirmaciones (autoafirmaciones) realistas</p> <p>- Ayudar al/ a la paciente a identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad y desesperanza) que está sintiendo -</p> <p>Ayudar al/a la paciente a identificar los factores estresantes percibidos (situaciones, sucesos e interacciones con otras personas) que contribuyen al estado de estrés</p>
--	--	--	--

<p>00137.-Aflicción crónica</p>	<p>-Autocontrol de la depresión</p> <ul style="list-style-type: none"> . Identifica factores precursores de depresión . Refiere dormir de forma adecuada . Refiere mejoría del estado de ánimo . <p>Toma la medicación prescrita</p> <ul style="list-style-type: none"> . Mantiene el aseo y la higiene personal - <p>Esperanza</p> <ul style="list-style-type: none"> . Expresión de ganas de vivir . Expresión de razones para vivir . Expresión de sensación de autocontrol 	<p>- Apoyo emocional - Control del humor - Dar esperanza</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar con el/la paciente qué ha desencadenado las emociones - Animar al/a la paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza - Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional - - Determinar si el/la paciente presenta riesgos para la seguridad de sí mismo y de los demás - Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al/a la paciente y a los que le rodean del riesgo
---------------------------------	---	--	--

			<p>de daños físicos (suicidios, autolesiones, fugas, violencia)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprobar la capacidad de autocuidados (cuidados, higiene, ingesta de alimentos/líquidos, evacuación) - Ayudar al/a la paciente a mantener un ciclo normal de vigilia/sueño (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación y limitación de cafeína y medicamentos sedantes) - Vigilar la función cognoscitiva (capacidad de concentración, atención, memoria, habilidad para procesar información y toma de decisiones) - Proporcionar la reestructuración cognoscitiva, si es posible - Vigilar y fomentar el cumplimiento de la medicación por parte del/de la paciente -
--	--	--	---

			<p>Informar sobre los medicamentos al/a la paciente y familia - Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del/de la paciente y viendo la enfermedad sólo como una faceta de la persona - Ampliar el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del/de la paciente - Evitar disfrazar la verdad - Desarrollar un plan de cuidados que implique un grado de consecución de metas, yendo desde metas sencillas hasta otras más complejas - Proporcionar al/a la paciente y familia</p>
--	--	--	---

3.3 PLANIFICACIÓN

Dado el diagnóstico de enfermería establecido para la paciente, se han elaborado objetivos e intervenciones relacionados a través del lenguaje NIC Y NOC

3.3.1 ESQUEMA DE PLANIFICACIÓN

CLASE	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	INDICADORES
Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles.	Apoyo emocional.	Resolución de la aflicción. Autocontrol de la depresión	Expresa sentimientos sobre su salud. Refiere mejoría del estado de ánimo. Sigue un programa de ejercicio.
Potenciación de la comunicación.	Escucha activa.	Comunicación. Deseo de vivir.	Utiliza el lenguaje hablado. Dirige el mensaje de forma apropiada. Expresión de sentimientos. 120609 Utiliza estrategias para mejorar la salud.

3.3.2 Ejecución y evaluación

Las intervenciones especificadas en la planificación se han ejecutado a través de una serie de actividades.

Durante una semana se ha acudido una vez al día para realizar sus intervenciones.

Además de las actividades relacionadas con la movilidad física, se han incluido una serie de acciones encaminadas a la expresión de

sentimientos y a que la paciente se sintiera escuchada y acompañada.

3.3.3 REGISTRO DE ENFERMERÍA, SOAPIE:

S Paciente adulto era activo, con buena movilidad física, pero su estado anímico cambió drásticamente por motivo de su hospitalización y por haber sido diagnosticado Neumonía viral por COVID-19.

O Paciente adulto se mantiene en posición semi fowler, con oxígeno por canula binasal, despierto orientado en tiempo, espacio y persona; piel con huellas de venopunciones ligeramente seca; mucosas hidratadas.

A Hipertermia relacionada con aumento de la tasa metabólica evidenciado por temperatura = 38.4 °C, decaimiento del paciente.

Deterioro de la integridad cutánea relacionado con procedimientos invasivos .Riesgo de infección relacionado con efectos colaterales en procedimientos invasivos,

Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con factores biológicos evidenciado por disminución de peso corporal (de 60 a 50 Kg). Ansiedad relacionada con cambios en el estado de salud evidenciado por expresión de preocupación, con voz temblorosa y a veces gritando cuando le molesta un procedimiento.

P Paciente disminuirá la hipertermia progresivamente.

Paciente disminuirá el riesgo del deterioro de la integridad cutánea.

Paciente disminuirá el riesgo de infección controlando progresivamente.

Paciente superara el desequilibrio nutricional progresivamente.

Paciente superara la ansiedad paulatinamente durante su hospitalización.

I Lavado de manos antes y después de todos los procedimientos.

Control de signos vitales y graficarlos en la hoja correspondiente.

Baño de esponja con asistencia.

Valoración céfalo caudal en busca de signo de flogosis o presencia de infección en puntos o procedimientos invasivos.

Se brinda comodidad y confort.

Se administra antipirético indicado (metamizol sódico 1 g haciendo uso via perieco.

Se brinda apoyo y orientación en las horas de alimentación.

Se brinda educación sanitaria sobre autocuidados.

E Paciente hemodinámicamente estable temperatura= 36.8 °C, mejora el deterioro de la integridad cutánea, en buen estado de higiene, incrementa el volumen de sus alimentos, disminuye el riesgo de infecciones agregadas y queda en observación continua.

CONCLUSIONES

1. Realizada la búsqueda de información para diferentes apartados: descripción de la situación problemática, antecedentes internacionales y nacionales de estudio, bases teóricas y bases conceptuales se determina la existencia de asociación entre las comorbilidades (enfermedades de base) y la COVID-19, dada el alto riesgo latente de contraer el coronavirus, pacientes que por circunstancias del tiempo de la pandemia por COVID-19 fueron hospitalizadas(os), según estudios cursan a la vez con problemas mentales y fundamentalmente presentando síntomas de la depresión durante la estancia hospitalaria. El panorama hospitalario y el sistema de salud de cada país fue visto en limitaciones de afrontar las comorbilidades, la prevención y riesgo de contagio de COVID-19 y la depresión y otros problemas mentales.
2. En el contexto de la COVID-19 a partir del 15 de marzo 2020 en el Perú y hasta la actualidad, los niveles de gobierno: nacional, regionales y locales implementaron, conjunto de medidas sanitarias comprendidas: resoluciones ministeriales, guías, manuales y protocolos con el propósito de contrarrestar la morbilidad y mortalidad de la enfermedad del coronavirus. Bajo el concurso y el dinamismo de las autoridades, el personal asistencial y el personal de apoyo en los diferentes servicios del Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega se puso en práctica dichas medidas, conforme propuesto y ejecutado el “Plan de Intervención” en el servicio de medicina y del establecimiento de salud mencionado.
3. La ejecución de las actividades programadas del “Plan de cuidado” estuvo sujeto a la participación multidisciplinaria en el servicio de medicina, el cumplimiento de dichas actividades fue en un 80% según los informes existentes en la “Comisión de Comando COVID-19 Hospital Regional Guillermo Diaz de la Vega Abancay” durante el contexto COVID-19 segunda ola de diciembre 2020 a julio 2021.

RECOMENDACIONES

1. Al responsable Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación del hospital y estudiantes de la segunda especialidad “salud mental” Universidad Nacional del Callao realizar estudios epidemiológicos y descriptivos, cuyas varias de estudio: factores de riesgo, incidencia de la depresión y otros problemas mentales en pacientes del servicio de medicina y durante la emergencia sanitaria por COVID-19.
2. A la Jefa de Enfermeras(os) del Servicio Medicina Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay continuar con el “Plan de Cuidados de Enfermería de Pacientes con Comorbilidad y Depresión en Medio de la Pandemia de la COVID-19.
3. A la Jefa de Enfermeras(os) del Servicio Medicina Hospital Regional Guillermo Díaz de la Vega Abancay las actividades propuestas y complementariamente con siguientes estudios de investigación protocolizar los cuidados de enfermería alusivos a la “preservación de salud mental de pacientes hospitalizadas(os) durante el contexto COVID-19 en el servicio de medicina y otros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez PMP, Dawaher JED, Paredes MFC. Impacto del COVID-19 en la salud mental de los pacientes hospitalizados. Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. 31 de agosto de 2020;38(2):55-64.
2. HOSPITAL CAYETANO BRINDA SOPORTE EMOCIONAL A PACIENTES RECUPERADOS DEL COVID-19 [Internet]. [citado 30 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hospitalcayetano/noticias/302299hospital-cayetano-brinda-soporte-emocional-a-pacientes-recuperados-del-covid19>
3. Blázquez BO. PLANTÁNDOLE CARA A LA DEPRESIÓN: Cómo prevenirla y superarla. Erasmus Ediciones; 2011. 196 p.
4. Depresión - ClinicalKey [Internet]. [citado 30 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2051/#!/content/book/3-s2.0B9788491136743000576>
5. Salud Mental en América Latina [Internet]. Panoramas. 2019 [citado 30 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.panoramas.pitt.edu/healthandsociety/salud-mental-en-am%C3%A9rica-latina>
6. Comercio. La depresión y ansiedad son los trastornos más comunes que afectan a peruanos durante la pandemia, según el MINSA [Internet]. El Comercio. NOTICIAS EL COMERCIO PERÚ; 2020 [citado 1 de julio de 2021]. Disponible en: <https://elcomercio.pe/lima/sucesos/coronavirus-peru-minsa-informa-que-ladepresion-y-ansiedad-son-los-trastornos-mas-comunes-que-afectan-a-peruanos-durante-la-pandemia-cuarentena-estado-de-emergencia-covid-19nndc-noticia/>
7. Condori Z. Crece preocupación por la salud mental de pacientes de COVID-19 en Arequipa [Internet]. Correo. Noticias Correo; 2021 [citado 1 de julio de

- 2021]. Disponible en: <https://diariocorreo.pe/peru/crece-preocupacion-por-la-saludmental-de-pacientes-de-covid-19-en-arequipa-nczg-noticia/>
8. MINSA. Plan de Salud Mental 2016-2020. Ministerio de Salud. Lima; 2020.
 9. Peña J. Suicidios de jóvenes en tiempos de cuarentena [Internet]. Punto Seguido. 2020 [citado 1 de julio de 2021].
Disponible en: <https://puntoseguido.upc.edu.pe/suicidios-de-jovenes-en-tiempos-decuarentena/>
 10. Vázquez OG, Orozco MR, Muñiz RC, Contreras LAM, Ruíz GC, García AM. Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. Gaceta médica de México. 2020;156(4):298-305.
 11. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, IdoiagaMondragon N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. Cad Saúde Pública. 30 de abril de 2020;36:e00054020.
 12. Gould MSF, Diaz GC, Vargas MAR. Impacto sobre la salud mental durante la pandemia COVID 19 en Paraguay. Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna. 1 de marzo de 2021;61-8.
 13. Guardado Beltrán R. Valoración de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con neumonía severa por covid-19 [PhD Thesis]. Universidad Autónoma De Nuevo León Hospital Universitario; 2021.
 14. Prieto-Molinaria DE, Aguirre Bravo GL, de Pierola I, Luna Victoria-de Bona G, Merea Silva LA, Lazarte Nuñez CS, et al. Depresión y ansiedad durante el aislamiento obligatorio por el COVID-19 en Lima Metropolitana. Liberabit [Internet]. julio de 2020 [citado 30 de septiembre de 2021];26(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-48272020000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

15. Villena Salazar MD, Moscoso Bedregal HJ. Depresión y factores asociados a la cantidad de controles prenatales durante la pandemia COVID-19 en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital III Goyeneche Arequipa - 2021. Universidad Católica de Santa María [Internet]. 2 de agosto de 2021 [citado 30 de septiembre de 2021]; Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2492042>
16. Condori Arias Y. Asociación entre la exposición al covid-19 y la presencia de síntomas de depresión, ansiedad e insomnio en el personal médico que labora en los hospitales de la región Arequipa. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa [Internet]. 2020 [citado 30 de septiembre de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/11070>
17. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 28 de agosto de 2020;37:327-34.
18. Tpfte5. TEORÍAS DE ENFERMERÍA: Hildegard Peplau: Video "Peplau, Hildegard " [Internet]. TEORÍAS DE ENFERMERÍA. 2012 [citado 1 de octubre de 2021]. Disponible en: <http://tpfte5.blogspot.com/2012/06/video-peplauhildegard.html>
19. Mendoza KC, Suck EAT. Depresión: Manual de intervención grupal en habilidades sociales. Manual Moderno; 2018. 124 p.
20. Molina LS. Comprender la depresión. Editorial AMAT; 2011. 113 p.
21. Hasibe L. DILE ADIÓS A LA DEPRESIÓN: "Por muy larga que sea la tormenta, el sol siempre vuelve a brillar entre las nubes" Khalil Gibran. Editorial Sista; 2017. 163 p.
22. Causas de la depresión | menteAmente [Internet]. mente A mente - Psiquiatría y Psicología. [citado 1 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.menteamente.com/causas-de-la-depresion>

ANEXOS

ANEXO 2.

AMBIENTES de SALUD MENTAL



ANEXO 3.

