



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
CARRERA DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO EN PACIENTES CON
DEPRESION, SEGÚN EL MODELO DE HILDEGARD E. PEPLAU,
COMPARADO CON LA APLICACION DEL PROCESO SIN EL MODELO
DE PEPLAU EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN, PERIODO
ENERO-MAYO 2021.

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADA EN
CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

AUTOR:

LUISANA MARIBEL CURI CHILUIZA

DIRECTORA:

LCDA. MERY REA

GUARANDA - ECUADOR

DEDICATORIA

Este trabajo principalmente lo dedicó a Dios por haberme permitido llegar a este momento tan importante de mi formación profesional. Con todo amor y cariño a mi amado esposo que hoy es mi ángel allá en el cielo porque fue mi apoyo incondicional, mi sustento a pesar de mis caídas siempre me supo apoyar, brindarme cariño, entenderme, motivarme para seguir adelante a pesar de que hoy no esté presente de forma física siento que siempre está conmigo, aunque nos faltó muchos momentos por vivir juntos sé que este momento hubiera sido especial para el como lo es para mí.

A mis hijos Matías y Emiliana por ser mi motor, mi inspiración, mi fortaleza, mi apoyo siempre me entendieron, me brindaron su tiempo, muchas veces temía que dejar de compartir momentos hermosos con ustedes, siempre serán mi motivo para seguir adelante en nuestra lucha de alcanzar nuestras metas.

A mis padres hermanos y mi cuñada por ser mi apoyo incondicional durante este proceso por compartir buenos y malos momentos, por sus oraciones, consejos, palabras de aliento para poder cumplir mi meta.

Luisana Curi

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por permitirme llegar a este momento de mi vida por darme fuerza, voluntad, sabiduría, conocimiento, por guiarme ayudarme a superar los obstáculos y dificultades que se me han presentado durante el transcurso de mi vida poder seguir adelante.

A mi amado ángel (esposo) allá en el cielo, fue mi sustento y apoyo económico durante toda mi carrera por dejarme con una profesión para poder sustentar a nuestros mis hijos ya que tú te me adelantaste gracias amor de mi vida.

A mis amados hijos por regalarme su tiempo, por entenderme, apoyarme y motivarme en el transcurso de este tiempo.

A mis padres por apoyarme y enseñarme a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

A todos mis hermanos por apoyarme y ser esenciales a lo largo de este tiempo, mí de manera especial a mi hermana Silvia, y mi hermano David por ser mi apoyo incondicional en todo momento de mi vida, por su calor humano, su tiempo, sus deseos de que todo me salga bien.

A mi querida cuñada por ser mi amiga, confidente por compartir sus conocimientos, vivencias, problemas, por brindarme su apoyo en los momentos que lo necesite, por estar allí para colaborarme en todo lo que necesite.

A la Lic. Mery Rea por ser mi docente guía y amiga por trasmitirme sus conocimientos por tenerme paciencia para poder desarrollar este trabajo de investigación a todos y cada uno de los docentes que me impartieron sus conocimientos durante mi formación académica a la Universidad Estatal de Bolívar por haberme permitido formarme en sus prestigiosas aulas.

Luisana Curi

Certificado de la tutora



Guaranda 10 de agosto del 2021

CERTIFICADO DE LA TUTORA

El suscrito/a Lic. Mery Rea Guamán, tutora del proyecto de investigación como modalidad de titulación.

CERTIFICA

Que el proyecto de investigación como requisito para la obtención del título de Licenciada en Ciencias de la Enfermería como tema, "APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO EN PACIENTES CON DEPRESION, SEGÚN EL MODELO DE HILDEGARD E. PEPLAU, COMPARADO CON LA APLICACION DEL PROCESO SIN EL MODELO DE PEPLAU EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN, PERIODO ENERO-MAYO 2021", realizado por la estudiante Curi Chiluzza Luisana Maribel, ha cumplido con los lineamientos metodológicos contemplados en la Unidad de Titulación de la carrera de Enfermería, por lo que autorizo la presentación en las instancias respectivas para su evaluación y calificación.

Lic. Mery Rea Guamán

TUTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACION

DERECHOS DE AUTORÍA NOTARIADA

YO, **LUISANA MARIBEL CURI CHILUIZA**, portadora de la cedula de identidad 0201794905, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito “**APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO EN PACIENTES CON DEPRESION, SEGÚN EL MODELO DE HILDEGARD E. PEPLAU, COMPARADO CON LA APLICACION DEL PROCESO SIN EL MODELO DE PEPLAU EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN, PERIODO ENERO-MAYO 2021.**” es de mi autoría; que no ha sido previamente presentado para ningún grado o calificación profesional; y, que las referencias bibliográficas que se incluyen han sido consultadas y atadas con sus respectivos autores.

La Universidad Estatal de Bolívar, Facultad Ciencias de la Salud y del Ser Humano puede hacer uso de los derechos de publicación correspondiente a este trabajo según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su Reglamento y por la Normativa Institución Vigente



CURI CHILUIZA LUISANA MARIBEL

C.I. 0201794906



DRA. MSc. GINA CLAVIJO CARRION
Notaria Cuarta del Cantón Guaranda.

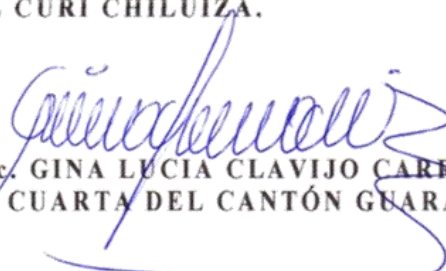
ESCRITURA N° 20210201004P00949

DECLARACIÓN JURAMENTADA

OTORGA:
LUISANA MARIBEL CURI CHILUIZA.
CUANTÍA: INDETERMINADA
Di 2 COPIA

En el Cantón Guaranda, Provincia de Bolívar, República del Ecuador, hoy jueves a los nueve días del mes de septiembre del año dos mil veintiuno, ante mí **Doctora. MSC. GINA LUCIA CLAVIJO CARRIÓN, NOTARIA CUARTA DEL CANTÓN GUARANDA** comparece con plena capacidad, libertad y conocimiento, a la celebración de la presente escritura, la señora **LUISANA MARIBEL CURI CHILUIZA**, por sus propios y personales derechos. La compareciente declara ser de nacionalidad ecuatoriana, mayor de edad, de estados civil viuda en su orden, de profesión Licenciada, domiciliada en la parroquia Guanujo, cantón Guaranda, Provincia de Bolívar, con celular número cero nueve seis nueve seis dos seis uno dos uno y con correo electrónico luisana.curi@gmail.com, hábil en derecho para contratar y contraer obligaciones, a quien de conocer doy fe, en virtud de haberme exhibido sus documentos de identificación, en base a lo cual obtengo la certificaciones de datos biométricos del Registro Civil, mismos que agrego a esta escritura como documentos habilitantes. Advertida la compareciente por mí la Notaria de los efectos y resultados de esta escritura, así como examinado que fue en forma aislada y separada de que comparece al otorgamiento de esta escritura sin coacción, amenazas, temor reverencial, ni promesa o seducción, advertida la compareciente de la obligación de decir la verdad y conocedores de las penas de perjurio declaran: Nosotros, la señora **LUISANA MARIBEL CURI CHILUIZA**, de estado civil viuda, portadora de la cédula de ciudadanía números cero dos cero uno siete nueve cuatro nueve cero guion seis. Declaro bajo juramento que: Los criterios e ideas emitidos en el presente trabajo de investigación titulado **"APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO EN PACIENTES CON DEPRESIÓN, SEGÚN EL MODELO DE HILDEGARD E. PEPLAU, COMPARADO CON LA APLICACIÓN DEL PROCESO SIN EL MODELO DE PEPLAU EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN, PERIODO ENERO-MAYO 2021."** Autorizo a la Universidad Estatal de Bolívar hacer uso de todos los contenidos que nos pertenecen o parte de lo que contiene la obra, con fines estrictamente académicos o de investigación expuestos en el mismo. En el proyecto de investigación previo a la obtención del título de Licenciada en Ciencias de la Enfermería, otorgado por la Universidad Estatal de Bolívar, a través de la Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano. Para su celebración y otorgamiento se observaron los preceptos de ley que el caso requiere; y, leída que le fue íntegramente a la compareciente por mí la Notaria, aquella se ratifica en todas sus partes y firma junto conmigo en unidad de acto, incorporándose al protocolo de esta Notaria, la presente declaración juramentada, de todo lo cual doy fe. -----


SRA. LUISANA MARIBEL CURI CHILUIZA.
C.C. *06079490-6*


DRA. MSc. GINA LUCIA CLAVIJO CARRION
NOTARIA CUARTA DEL CANTÓN GUARANDA



Título

Aplicación del proceso enfermero en pacientes con depresión, según el modelo de Hildegard E. Peplau, comparado con la aplicación del proceso sin el modelo de Peplau en el hospital Abel Gilbert Pontón, periodo enero-mayo 2021”.

Índice

DEDICATORIA	I
AGRADECIMIENTO	II
Certificado de la tutora.....	III
Título.....	V
Índice	VI
Resumen.....	X
Summary	XII
Introducción	XIV
Capítulo I: El problema.....	14
1. Planteamiento del problema	14
1.1. Formulación del problema	17
1.2. Justificación.....	18
1.3. Objetivos	20
1.3.1. Objetivo general	20
1.3.2. Objetivos específicos.....	20
Capitulo II: Marco teórico	21
2.1. Antecedentes	21
2.1.1. Bases teóricas	25
2.1.2. Proceso de atención de enfermería.....	32
Tabla 3. Valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.	38
2.1.3. Taxonomías NANDA.....	47
2.1.4. Taxonomía NIC.....	53
2.1.5. Taxonomía NOC	55
2.1.6. Modelo teórico de Hildegard E. Peplau	57
2.1.7. Teoría psicodinámica de Hildegart E Peplau.	58
2.1.8. Roles de la enfermera en la relación enfermera- paciente	60
2.1.9. Síndrome Depresivo	63
2.2. HIPOTESIS	75
2.3. VARIABLES	76
Variable Independiente.	76
Variable Dependiente.....	76
2.4. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	77
2.5. Glosario	91
CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO	93

3.1.1. Por su enfoque.....	93
3.1.2. Por su diseño	93
3.1.3. Por su alcance.....	93
3.1.4. Por el tiempo de ocurrencia.....	93
3.1.5. Por su tipo.....	93
3.1.6. Por su fuente.....	93
3.2. Técnicas e instrumentos para la obtención de datos	94
3.3. Población y muestra	94
3.3.1. Criterios de inclusión	95
3.3.2. Criterios de exclusión.....	95
3.4. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	96
CAPITULO IV: RESULTADOS ALCANZADOS CON LOS OBJETIVOS PLANTEADOS	190
3.7. Descriptivo compilatorio con la aplicación del modelo de Hildegart Peplau	195
3.8. Prueba de normalidad.....	201
3.9. Prueba T de muestras relacionadas	202
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	204
5.1. CONCLUSIONES	204
5.2. RECOMENDACIONES	205
CAPITULO VI: MARCO ADMINISTRATIVO	206
6.1. Presupuesto	206
6.2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	207
Bibliografía	208
ANEXOS	224
Anexo N°1. Oficio para la aprobación del tema	224
Anexo N°2. Aprobación del tema	225
Anexo N°3. Carta compromiso	234
Anexo N°4. Acta compromiso	235
Anexo N°5. Formato de confidencialidad por acceso a la información	237
Anexo N°6. Oficio de modificación del tema.....	239
Anexo N°7. Solicitud aprobada para recabar información	242
Anexo N°8. Guía de valoración	244
Anexo N°9. Aplicación de la guía.....	250
Anexo N°10. Aplicación y evaluación de los planes de cuidado.....	253
Anexo N°11. Reporte Urkund.....	257

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Funciones de la enfermería	27
Gráfico 2. Fases del diagnóstico de enfermería	46
Gráfico 3. Planeación.....	50

Gráfico 4. Clasificación de resultados de enfermería NOC	54
----------------------------------------------------------------	----

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Actividades de enfermería	28
Tabla 2. Clasificación de los datos.....	33
Tabla 3. Valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.....	38
Tabla 4. Factores de riesgos personales, familiares y sociales para depresión	64
Tabla 5. Factores de riesgo cognitivos y genéticos para depresión	64
Tabla 6. Manejo de la depresión leve	70
Tabla 7. Psicoterapia en la depresión leve	71
Tabla 8. Psicoterapia en la depresión moderada y grave.....	72
Tabla 9: Edad de los pacientes.....	96
Tabla 10: Género.....	96
Tabla 11: Etnia.....	97
Tabla 12: Estado Civil	97
Tabla 13: Capacidad respiratoria.....	98
Tabla 14: Alteraciones psicológicas	98
Tabla 15: Apetito	99
Tabla 16: Síntomas Digestivos	100
Tabla 17: Necesidad para alimentarse	100
Tabla 18: Eliminación.....	101
Tabla 19: Alteraciones intestinales	102
Tabla 20: Número de diuresis	102
Tabla 21: Alteraciones urinarias	103
Tabla 22: Recursos que le ayudan a la eliminación	104
Tabla 23: Situación Habitual.....	104
Tabla 24: Ejercicio Físico Habitual	105
Tabla 25: Limitaciones para moverse	105
Tabla 26: Uso de equipos auxiliares	106
Tabla 27: Alteraciones Motoras.....	107
Tabla 28: Cuántas horas Duerme	107
Tabla 29: Cambios en el Patrón del Sueño	108
Tabla 30: Aparición de signos físicos	108
Tabla 31: Efectividad del patrón del sueño.....	109
Tabla 32: Ayuda para conciliar el sueño.....	109
Tabla 33: Aspecto general	110
Tabla 34: Percepción personal vestuario	111
Tabla 35: Disposición para vestirse y desvestirse.....	111
Tabla 36: Temperatura.....	112
Tabla 37: Signos asociados.....	112
Tabla 38: Aspecto General.....	113
Tabla 39: Estado de la piel y mucosas	113
Tabla 40: Lesiones de la piel.....	114
Tabla 41: Tipo de ayuda/ Higiene.....	115
Tabla 42: Días Hospitalizados	115
Tabla 43: Nivel de Conciencia.....	116
Tabla 44: Estado de ánimo.....	116
Tabla 45: Conductas peligrosas	117
Tabla 46: Alteración del contenido de la conciencia	118
Tabla 47: Alteración de la percepción	118
Tabla 48: Hábitos tóxicos	119
Tabla 49: Estado de ánimo.....	120
Tabla 50: Organización del pensamiento- Lenguaje.....	121

Tabla 51: Disposición para expresarse.....	121
Tabla 52: Identidad sexual	122
Tabla 53: Religión que profesa	122
Tabla 54: Problemas emocionales.....	123
Tabla 55: Instrucción Escolar	124
Tabla 56: Actividad que realiza	124
Tabla 57: Número horas de Ocio a la semana.....	125
Tabla 58: Preferencia del ocio	126
Tabla 59: Respuestas ante situaciones estresantes	126
Tabla 60: Circunstancias que influyen en el Aprendizaje.....	127
Tabla 61: Interés por Aprender	127

Resumen

El presente proyecto de investigación se titula “Aplicación del proceso enfermero en pacientes con depresión, según el modelo de Hildegard E. Peplau, comparado con la aplicación del proceso sin el modelo de Peplau en el hospital Abel Gilbert Pontón, periodo enero-mayo 2021”. **Objetivo:** Aplicar el proceso de atención de enfermería en pacientes con depresión, según el modelo de Hildegard E. Peplau, en el Hospital Abel Gilbert Pontón y se establecen objetivos específicos; realizar la valoración de enfermería aplicando el modelo de Virginia Henderson, diseñar el plan de atención de enfermería con la metodología NANDA, NIC y NOC basado en el modelo de Hildegard E. Peplau, implementar y evaluar el plan de atención de enfermería diseñado, establecer diferencias y similitudes entre los pacientes que se aplica el Plan enfermero basados o no en el modelo psicodinámico de Hildegart Peplau. **Metodología:** se utiliza la metodología cuantitativa y comparativa de tipo transversal, cuya población es de 15 usuarios a quienes se aplica la guía de valoración adaptada a las 14 necesidades de Virginia Henderson bajo el enfoque de Hildegard E. Peplau a su vez se aplica el plan enfermero con el modelo y sin el modelo de enfermería para posteriormente evaluar y comparar los resultados. **Resultados:** En cuanto a la necesidad de eliminación el 66% de los pacientes han presentado síntomas digestivos como estreñimiento, gases y alteraciones urinarias. El 80% ha presentado disminución del apetito, náuseas, sin embargo, el 66% manifiestan alimentarse solos. Respecto a la necesidad de vestirse, el 66,7% mantiene un aspecto descuidado, logran conciliar el sueño con dificultad, suelen descansar entre 4 a 6 horas, casi siempre manifiestan tener somnolencia. Un 40% manifiestan tristeza, el 27% se muestran delirante/ confuso y un 53% manifiestan una conversación aburrida, difícil de establecer una comunicación adecuada. **Conclusiones:** se puede considerar alteraciones específicas dentro de las 14 necesidades de Virginia Henderson las siguientes; necesidad de alimentarse, de vestirse y desvestirse, eliminación, sueño/ descanso y comunicación.

Una vez priorizados los problemas de salud se plantea 9 diagnósticos de enfermería, con la metodología NANDA, NIC, NOC con y sin el modelo de Hildegard Peplau para ser aplicados y evaluados posteriormente con el método SOAP.

Es estadísticamente significativa la aplicación del plan enfermero en pacientes con síndrome depresivo, pues los resultados de la prueba de muestras emparejadas son menores a 0,05 de probabilidad.

El particular en relación al plan enfermero con el modelo de Hildegard Peplau y sin el modelo, es que el primero resulta ser mucho más alternativo e integral mientras que el segundo busca mejorar al paciente minimizando los problemas físicos con asistencia técnica y farmacéutica.

Palabras claves: Síndrome, depresión, enfermería, plan, modelo.

Summary

This research project is entitled "Application of the nursing process in patients with depression, according to the Hildegard E. Peplau model, compared with the application of the process without the Peplau model in the Abel Gilbert Pontón hospital, period January-May 2021".

Objective: To apply the nursing care process in patients with depression, according to the model of Hildegard E. Peplau, in the Abel Gilbert Pontón Hospital and specific objectives are established; carry out the nursing assessment applying the Virginia Henderson model, design the nursing care plan with the NANDA, NIC and NOC methodology based on the Hildegard E. Peplau model, implement and evaluate the designed nursing care plan, establish differences and similarities between the patients who apply the Nursing Plan based or not on the psychodynamic model of Hildegart Peplau. **Methodology:** the cross-sectional quantitative and comparative methodology is used, whose population is 15 users to whom the assessment guide adapted to the 14 needs of Virginia Henderson is applied under the approach of Hildegard E. Peplau, in turn, the plan is applied nurse with the model and without the nursing model to later evaluate and compare the results. **Results:** Regarding the need for elimination, 66% of the patients have presented digestive symptoms such as constipation, gas and urinary disorders. 80% have presented decreased appetite, nausea, however, 66% report eating alone. Regarding the need to dress, 66.7% maintain a neglected appearance, manage to fall asleep with difficulty, usually rest between 4 to 6 hours, and almost always report having drowsiness. 40% show sadness, 27% show delusional / confused and 53% show a boring conversation, difficult to establish adequate communication. **Conclusions:** specific alterations can be considered within the 14 needs of Virginia Henderson the following; need for feeding, dressing and undressing, elimination, sleep / rest, and communication. Once the health problems are prioritized, 9 nursing diagnoses are proposed, with the NANDA, NIC, NOC methodology with and without the Hildegard Peplau model to be applied and subsequently evaluated with the SOAP method.

The application of the nursing plan in patients with depressive syndrome is statistically significant, since the results of the paired samples test are less than 0.05 probability. The particular in relation to the nursing plan with the Hildegard Peplau model and without the model, is that the first turns out to be much more alternative and comprehensive while the second seeks to improve the patient by minimizing physical problems with technical and pharmaceutical assistance.

Keywords: Syndrome, depression, nursing, plan, model.

Introducción

Los trastornos depresivos se caracterizan por una tristeza de una intensidad o una duración suficiente como para interferir en la funcionalidad y, en ocasiones, por una disminución del interés o del placer despertado por las actividades. Se desconoce la causa exacta, pero probablemente tiene que ver con la herencia, cambios en las concentraciones de neurotransmisores, una alteración en la función neuroendocrina y factores psicosociales. El diagnóstico se basa en la anamnesis. En el tratamiento se utilizan fármacos, psicoterapia o ambos y en ocasiones terapia electroconvulsiva o estimulación magnética transcraneal rápida (Coryell W. , 2020)

La depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Con este antecedente el proyecto de investigación plantea la aplicación del plan de atención de enfermería en pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón para su posterior evaluación de manera que el estudio permita disminuir y manejar los casos de síndrome depresivo, dicho proyecto consta de:

Capítulo I. este apartado consta del problema, objetivo general, objetivos específicos, justificación y limitaciones.

Capítulo II. Este capítulo comprende el Marco Teórico, e incluye los antecedentes de la investigación, bases teóricas, Operacionalización de variables, Glosario, Guía de valoración y plan de atención de enfermería.

Capítulo III. Comprende Marco metodológico que consta de tipo de estudio, población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección y procesamientos de datos.

Capítulo IV. Consta del análisis e interpretación de resultados alcanzados a través de la guía de valoración adaptada a las 14 necesidades de Virginia Herdenson.

Capítulo V. Se refiere al segmento de resultados alcanzados de acuerdo a los objetivos planteados.

Capítulo VI. Este último capítulo hace referencia a las conclusiones y recomendaciones y demuestra de forma crítica y objetiva el resultado de la investigación, complementada con la bibliografía y anexos.

Capítulo I: El problema

1. Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud define la depresión como un trastorno mental, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (Organización Mundial de la Salud, 2020). Se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo. Se ha determinado que la depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad, constituyendo un problema de salud serio, ocasionando sufrimiento y alteración en las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años, siendo las mujeres, los jóvenes y los adultos mayores son los más proclives a sus efectos incapacitantes (Organización Mundial de la Salud, 2020).

En España, el riesgo de que la población general desarrolle, al menos, un episodio de depresión grave a lo largo de la vida es casi el doble en mujeres (16,5%) que en hombres (8,9%), mientras que el porcentaje de personas que padece anualmente la enfermedad es del 4% (Galan, 2016).

En Latinoamérica, Brasil es el país que más casos de depresión sufre, con un 5,8 % de incidencia; seguido de Cuba, Paraguay, Chile y Uruguay. El número de personas que accede a tratamientos en esos países es extremadamente bajo, es menos del 5%. El 95 % de las personas enfermas no se atienden (Chisholm, 2017).

La depresión es considerada como un trastorno mental episódico y/o recurrente que se

presenta como un síndrome o agrupación de síntomas predominantemente afectivos: tristeza, apatía, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, energía disminuida, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, los mismos que configuran una afectación global de la vida en el ámbito psíquico y físico (Ministerio de Salud Pública, 2017).

En el Ecuador, la depresión afecta en mayor medida a las mujeres. De las atenciones ambulatorias que registra el Ministerio de Salud Pública, el número de casos de ellas triplica a los de los hombres. En el año 2015, hubo 50.379 personas con diagnóstico presuntivo y definitivo por depresión; 36.631 corresponden a mujeres y 13.748 a hombres (Ministerio de Salud Pública, 2020).

En Ecuador se han realizado pocos estudios, la mayor parte de ellos en adultos mayores hospitalizados o residentes de asilos. Un estudio en pacientes residentes en asilo encontró depresión en 70%. Otro estudio en una pequeña población rural con alta proporción de emigrantes reportó 93% de depresión, datos elevados que no se pueden inferir a la población general (Calderón, Epidemiología de la depresión en el adulto mayor, 2018).

De acuerdo con las cifras de egresos hospitalarios del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) de 2015, en Ecuador ese año existieron 3.406 hospitalizaciones relacionadas con casos de depresión (Ministerio de Salud Pública, 2020).

En el estudio “Incidencia de depresión en pacientes del Hospital Dr. Abel Gilbert Pontón”, se determinó que el 19.2% de los pacientes padece de depresión mayor y esta cifra asciende en los pacientes con dolor crónico, diabetes mellitus tipo 2 y VIH hasta 28%, 30%, y 40% respectivamente. Se detectaron como factores de riesgo para depresión: sexo femenino, estar desempleado, padecer de enfermedad hematológica u oncológica, ansiedad, entre otros

(Ribas, Incidencia de depresión en pacientes hospitalizados, período 15 de noviembre de 2006 al 15 de marzo de 2007, hospital Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”. , 2016).

Actualmente, en la práctica de enfermería se observa que el cuidado es identificado en el hacer monótono, lineal y sin sentido, dejando a un lado la esencia propia del cuidado que comprende más bien una relación transpersonal y de respeto. En la relación existente entre cuidados y enfermería como profesión específica se concreta que los enfermeros y enfermeras son responsables de la identificación, planificación y ejecución de los cuidados de enfermería (Baez & Navarro, 2016).

La depresión conlleva problemas emocionales, físicos, intelectuales, sociales y por tanto requiere de una atención multidisciplinar, y desde enfermería, una buena valoración integral y completa de todas las esferas de la vida (Pérez, Tirado, & otros, 2018)

Además, como estrategia enfermera, se debe forjar una buena relación enfermera-paciente-familia para poder llevar a cabo un cuidado integral y beneficioso para las personas que sufren el trastorno (Pérez, Tirado, & otros, 2018).

A través de la teoría de H. Peplau se hace posible direccionar el cuidado para apoyar a la persona con síndrome depresivo, teniendo en cuenta la relación profesional de enfermería-paciente para mejorar el entendimiento del propio cuidado, la calidad de vida en medio de la condición de enfermedad y hacer más visible la importancia de la intervención de la enfermera. En la actualidad se cuenta con muy pocas publicaciones en las cuales se visibilice la práctica de la enfermería en salud mental y el uso del modelo teórico de Hildegard Peplau en la práctica diaria.

1.1. Formulación del problema

¿Cuáles son los beneficios que se obtienen al aplicar el proceso enfermero basado en el modelo de Hildegard E. Peplau, en los pacientes con depresión que ingresan al Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil periodo enero-mayo 2021?

1.2.Justificación

El estudio tiene la finalidad de diseñar el Proceso de Atención de Enfermería en pacientes con síndrome depresivo según la teoría de Hildegard E. Peplau, en el Hospital Abel Gilbert Pontón, fortaleciendo el conocimiento del personal de salud en la atención individualizada, estandarizada y oportuna, apoyándose en los recursos tecnológicos más adecuados y orientándola hacia la máxima calidad asistencial (Comisión Consultiva de Cuidados de Enfermería, 2017).

A partir de la referencia bibliográfica y estadística del país, este estudio es pertinente, a la finalidad del Ministerio de Salud Pública, puesto que contribuye a mantener el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural que garantiza su participación laboral, intelectual las relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

El proyecto tiene como beneficiario directo a los pacientes hospitalizados quienes por diferentes circunstancias experimentan el síndrome depresivo y a su vez al personal de salud al potenciar los conocimientos respecto al manejo del proceso de atención de enfermería en este trastorno mental (Ministerio de Salud Pública, 2020).

El presente trabajo investigativo es importante, ya que mediante el diseño del proceso de atención de enfermería apoyado en el modelo de Hildegard E. Peplau, permitirá al personal de salud brindar cuidados sistemáticos, lógicos, racionales e individualizados efectuando así una labor eficiente, a su vez se logrará resolver problemas de salud mental que implica a más del paciente también a la familia y la comunidad (Eby & Brown, 2016).

Surge de la necesidad de conocer sobre el proceso de atención de enfermería en el síndrome depresivo, que sea útil y referencia para futuras investigaciones, puesto que no existe

estudios relacionados de planes de cuidado en trastornos depresivos en el Hospital Abel Gilberth Pontón.

Así mismo este proyecto se encuentra enmarcada dentro de las líneas de investigación de la Universidad Estatal de Bolívar, carrera de Enfermería, línea: Calidad del cuidado, sublínea: El cuidado de enfermería por ciclos de vida.

La investigación es factible, porque la información y los datos estadísticos de las pacientes sujeto de estudio se obtendrá de las historias clínicas del hospital Abel Gilberth Pontón, además se cuenta con la facilidad del acceso a fuentes bibliográficas que respalden la investigación.

Los resultados de esta investigación, permite brindar información actualizada y formular cuidados de enfermería buscando mejorar la calidad de vida de los pacientes que atraviesan el síndrome depresivo (Garces & Zamora, 2018).

El trabajo investigativo es un requisito previo a la obtención del título de licenciada en Enfermería.

1.3.Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Aplicar el proceso de atención de enfermería en pacientes con depresión, según el modelo de Hildegard E. Peplau, en el Hospital Abel Gilbert Pontón.

1.3.2. Objetivos específicos

- ❖ Realizar la valoración de enfermería aplicando el modelo de Virginia Henderson.

- ❖ Diseñar el plan de atención de enfermería con la metodología NANDA, NIC y NOC basado en el modelo de Hildegard E. Peplau

- ❖ Implementar y evaluar el plan de atención de enfermería diseñado.

- ❖ Establecer diferencias y similitudes entre los pacientes que se aplica el Plan enfermero basados o no en el modelo psicodinámico de Hildegart Peplau.

Capítulo II: Marco teórico

2.1. Antecedentes

El proyecto de investigación cuenta con estudios preliminares vinculados con el tema planteado, cuyas evidencias científicas permiten la comparación de resultados obtenidos en el estudio. A continuación, se detallan estudios relevantes y significativos:

Marta Pérez, Tirado Herrera y Muñoz Martín en su artículo “Cuidados de enfermería en pacientes con depresión”, cuyo objetivo señala determinar los cuidados de enfermería necesarios para pacientes con depresión, a través de la metodología descriptiva, documental de tipo retrospectiva se concluye que la depresión es una enfermedad mental (en ocasiones crónica) con una prevalencia del 10%, y que constituye un importante problema de salud pública en la actualidad, desde la enfermería, se identifique esta alteración de la salud y se proporcionen los cuidados adecuados; siguiendo los patrones funcionales de salud (Pérez, Herrera, & Martín, 2018).

Zaida Hernández y Guadalupe Nava en su artículo “Proceso de atención de enfermería en pacientes deprimidos” cuyo objetivo es conocer un proceso de atención a pacientes con depresión, aplicando el modelo de atención de Dorothea E. Orem, a través del método estudio de caso, identifico como resultados que las medidas preventivas más importantes que debe conocer el paciente y la familia, son: dieta, ejercicio y conocimiento del padecimiento, asimismo, pretende dejar la inquietud sobre lo conveniente de emplear modelos de atención de enfermería en problemas de salud (Hernández & Nava, 2015).

Thelma Fernanda y Lucia Caudillo en su artículo “Proceso de cuidados de enfermería. Un abordaje en urgencias a una paciente con trastorno depresivo”, plantea diseñar el proceso de atención de enfermería en paciente con trastorno depresivo, utilizando el método de análisis de caso, concluye que los pacientes con depresión pueden experimentar gran deterioro en su funcionamiento habitual, en su bienestar y también en su calidad de vida, mediante la intervención efectiva de enfermería para lograr el cuidado integral y continuo de los pacientes desde el área de urgencias y prevenir sucesos lamentables. (Fernanda & Caudillo, 2018).

Elena Quintana en su artículo “EL papel de enfermería en la depresión mayor”, cuyo objetivo fue fomentar la identificación temprana, tratamiento y atención de personas con problemas de salud mental, a través de un estudio profundo usando bases de datos como PubMed, NNN Consult, Cuiden, Scielo, Cochrane Library y Google académico, concluye que la enfermera deberá reconocer los pacientes potencialmente depresivos mediante la entrevista personal, identificando signos y síntomas de características depresivas, a todos esos pacientes se les deberá pasar el Inventario de Depresión de Beck para confirmar o no las sospechas, herramienta eficaz para identificar problemas psicosociales de cada individuo y su nivel de depresión (Quintana, 2018).

La revista de Enfermería titulada “¿Cómo ayuda la aplicación del proceso enfermero a las mujeres con diagnóstico ansiedad?”, cuyo objetivo evaluar las intervenciones grupales de enfermería en mujeres con diagnóstico enfermero ansiedad mediante el resultado NOC autocontrol de la ansiedad, a través de un estudio pre-experimental del tipo pretest-postest, encontró los siguientes resultados en donde el estado, conducta y percepciones de las pacientes del grupo, medido con el resultado autocontrol de la ansiedad, mejora tras recibir las intervenciones enfermeras lo cual permite valorar los cambios en la respuesta de ansiedad de las pacientes del estudio (Amad, Cánovas, & Diaz, 2017).

El proyecto de investigación “Aplicación del modelo de Hildegard Peplau en los cuidados de enfermería del personal que labora en el área de medicina interna del hospital de especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca., cuyo objetivo aplicar el modelo de Hildegard Peplau en los cuidados de enfermería del personal que labora en el área de Medicina Interna a través del estudio básico, cuantitativo, exploratorio, observacional concluye que las enfermeras, en la fase orientación el 70% saluda al paciente, en cuanto a la identificación solo el 15% de pacientes reconoce al profesional por el nombre, en la explotación: 100% trata con respeto al paciente, 63% explica procedimientos, 86% despeja dudas; y en la resolución: 18% se despide al finalizar el turno, 27% capacita sobre cuidados luego de alta (Santander, 2017-2018).

El trabajo de titulación “Plan de intervención de enfermería en pacientes con depresión”, cuyo objetivo desarrollar el plan de Intervención Enfermero, orientado en el diagnóstico NANDA ansiedad en el contexto de la depresión en personas mayores, a través de un estudio bibliográfico a profundidad, afirma entre sus resultados, que uno de los diagnósticos enfermeros más frecuentes en las personas mayores con depresión es la ansiedad, y los estudios revelan que existe un gran solapamiento entre ellas (Romero, 2015).

El artículo científico “¿Toman los pacientes deprimidos el tratamiento prescrito? Estudio descriptivo sobre el cumplimiento del tratamiento antidepresivo”, cuyo objetivo; describir el cumplimiento del tratamiento antidepresivo en una muestra de pacientes de atención primaria (AP) con diagnóstico de depresión, a través del estudio descriptivo con muestreo aleatorio de pacientes con depresión y tratamiento con antidepresivos atendidos en dos equipos de (AP) y revisión de las historias clínicas, concluye que un tercio de los pacientes en tratamiento farmacológico antidepresivo no eran cumplidores puesto que no lo retiraban de forma adecuada de las farmacias (Olliere, Lacasta, Castro, & otros, 2015).

La revista “Intervención de enfermería en los pacientes con depresión después de un infarto agudo de miocardio”, cuyo objetivo es determinar la intervención de enfermería en pacientes con depresión, con el método descriptivo, bibliográfico, cuyo resultado de la investigación es que la valoración del profesional de enfermería es fundamental y va dirigida a conocer tanto los antecedentes biopsicosociales del paciente como su estado mental y a identificar de manera temprana los posibles factores y características personales, familiares que influyen en la depresión (Saldaña, Marcela, & Malaver, 2016).

El trabajo de investigación titulada “Prevalencia de depresión en pacientes oncológicos que permanecen hospitalizados y su relación con los aspectos socio-demográficos y clínicos de la enfermedad, en el hospital oncológico de “Solca” núcleo Quito, a través del objetivo determinar la prevalencia de depresión en pacientes oncológicos y su relación con características socio-demográficas y clínicas de la enfermedad, con el tipo de estudio fue analítico, transversal, de corte prevalencia, entre los resultados se determina que la prevalencia de depresión en la muestra de pacientes oncológicos fue de 17.1% y la de ansiedad del 22.4 (Pino, 2015).

En el artículo “Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del Colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja”, se plantea construir una propuesta de prevención para lo cual se realizó un estudio descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo, concluye que la prevalencia de la depresión en un 65.75%, siendo los más afectados el género masculino, encontrándose un valor de $p < 0,05$ (0,047) en el consumo de drogas en la edad de 16 años y consumo de tabaco $p < 0,05$ (0,031) en la edad de 14 años (Jadan, 2017).

El artículo titulado “Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida”, plantea determinar el sentido otorgado por estudiantes de enfermería de la Universidad de Costa Rica a la aplicación del método, así como distinguir la manera de cómo lo empleaban, a través de un estudio cualitativo

fenomenológico en el que se analizaron documentos y entrevistas, se evidenció entre sus resultados la existencia de una variación del uso del proceso de enfermería en todas las fases y mediante ambas técnicas, se identificaron limitantes de uso de carácter conceptual, docente y laboral (Jara & Lizano, 2016).

2.1.1. Bases teóricas

La enfermería se le ha denominado la más antigua de las artes y la más joven de las profesiones, ha atravesado numerosas etapas y ha formado parte de los movimientos sociales, abarcando la atención el hombre, la familia y la comunidad. Su rol y las tendencias de cuidados de salud son influenciados por los cambios políticos, sociales, culturales, científicos y por las problemáticas de salud de la comunidad (Vasquez, 2020).

Se estableció como campo científico y se describió en numerosas oportunidades como una serie de tareas y técnicas, como una vocación aprendida y más recientemente como una disciplina en el área de la salud, que maneja el cuidado de esta durante el transcurso del ciclo vital (Ponti, 2020).

Florence Nightingale fue quien planteo a la enfermería en conceptos de ciencia y arte, en sus aspectos más valiosos: el cuidado y la entrega. Los relevantes aportes de Nightingale, se basaron en una investigación cuidadosa, convirtiéndose en una persona significativa dentro de la historia de la enfermería moderna, entre uno de sus aportes se encuentra la siguiente definición a Enfermería; cuidar y ayudar al paciente que sufre alguna enfermedad a vivir, lo mismo que la enfermería de la salud es mantener o lograr que la salud de cualquier niño o

persona sana se mantenga y no sea susceptible de enfermedad.

A fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, durante la guerra de Crimea, se sentaron las bases teóricas, prácticas, educativas y aun investigativas de la enfermería, siendo eje principal para futuros personajes eminentes de la Enfermería (Ponti, 2020).

Remontándonos al período del Renacimiento, se inicia la aplicación del método científico por medio de la investigación, el cual influyó en el desarrollo de la medicina. De hecho, la mayoría de los científicos eran médicos (Ponti, 2020).

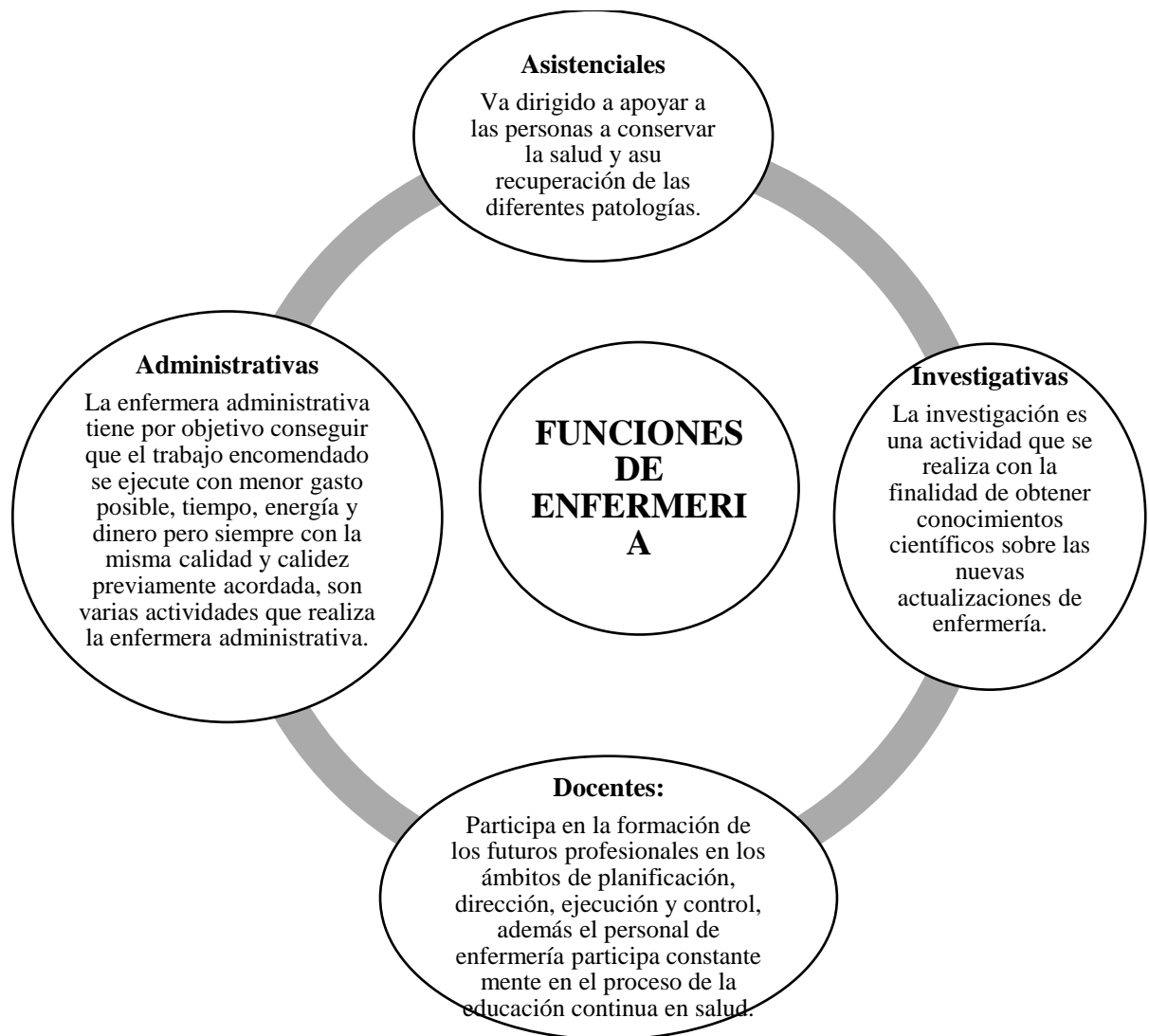
En 1960, Virginia Henderson propone un concepto similar a Nightingale, incluyendo elementos nuevos como el de educación en la salud, la capacidad y el conocimiento, el sujeto de atención (Ponti, 2020).

El psicólogo Abraham Maslow, planteo la pirámide de las necesidades, donde se expone una jerarquía de las necesidades humanas, en la que la satisfacción de las necesidades más básicas, da lugar a la generación sucesiva de necesidades más altas, concibiendo a un sujeto en continuo movimiento y por lo tanto aprendiendo para lograr el equilibrio, a continuación, se detallan las necesidades de Maslow:

- Necesidades fisiológicas.
- Necesidades de protección y seguridad.
- Necesidades de amor y sentimiento de pertenencia.
- Necesidades de estima.
- Necesidades de autorrealización.

En la actualidad la enfermería, articula la necesidad de concentrarse en el proceso de enfermedad, para empezar a delinear la diferencia entre el enfoque teórico de enfermería con el teórico, médico, este antecedente surge la necesidad de prepararse para el rol funcional y se enfocaron los esfuerzos en las disciplinas funcionales que se convirtieron en ideas teóricas (Ponti, 2020).

Gráfico 1. Funciones de la enfermería



Fuente: Funciones o roles de enfermería (Ortiz, 2016).
 Elaborado por: Luisana C.

Tabla 1. Actividades de enfermería

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA

Asistencial	Administrativas	Docentes	Investigativas
<p>1. Formar parte del equipo interdisciplinario e intersectorial participando en el cuidado integral de las personas, familias y comunidades.</p> <p>2. Cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y continúa respetando sus valores, costumbres y creencias</p> <p>3. Cumplir los principios de asepsia, antisepsia y normas de bioseguridad.</p> <p>4. Cumplir de los principios éticos y legales</p> <p>5. Participar en él, análisis y discusión de la situación de salud de la población, detectando grupos vulnerables, factores de riesgo e implementando acciones positivas.</p>	<p>1. Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias e intersectoriales en los diferentes niveles de atención de salud</p> <p>2. Participar en las técnicas administrativas y científica de enfermería</p> <p>3. Participar en la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería</p> <p>4. Vigilar el cumplimiento de los principios de asepsia y antisepsia</p> <p>5. Vigilar por el cumplimiento de los principios éticos</p> <p>6. Participar en las reuniones del servicio que sean programadas</p> <p>7. Participar en pase de visita conjunto médico y enfermería</p>	<p>1. Participar en programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud</p> <p>2. Participar en el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de Enfermería</p> <p>3. Impartir docencia incidental en el puesto de trabajo</p> <p>4. Desarrollar actividades formativas en los estudiantes.</p>	<p>1. Participar en investigación con el objetivo de contribuir al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud de la población</p> <p>2. Divulgar y aplicar los resultados de las investigaciones a fin de contribuir a mejorar la atención de enfermería y el desarrollo profesional</p> <p>3. Coordinar, controlar y participar en la ejecución de ensayos clínicos en centros de investigación.</p> <p>4. Integrar los consejos científicos en los diferentes niveles del SNS.</p> <p>5. Participar en investigación con el objetivo de contribuir al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud de la población.</p> <p>6. Difundir y aplicar los resultados de las</p>

<p>6.Llevar a cabo acciones que den solución a los problemas de salud, identificados en el Análisis de la Situación de Salud</p> <p>7. Ejecutar las acciones programas de salud que den solución a los problemas de su comunidad.</p> <p>8. Desarrollar el proceso de Atención de Enfermería, como método científico de la profesión</p> <p>9.Planificar y ejecutar actividades de promoción y fomento de la salud a individuos, familia y comunidad</p> <p>10.Intervenir como consejero en salud de los individuos, familias y comunidades</p> <p>11.Efectuar actividades de prevención y protección de las enfermedades a</p>			<p>investigaciones a fin de contribuir a mejorar, la atención de enfermería.</p> <p>7. Participar en la ejecución de ensayos clínicos en centros de investigación.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

individuos, familias y comunidad			
-------------------------------------	--	--	--

Fuente: Funciones o roles de enfermería (Ortiz, 2016).

Elaborado por: Luisana C.

2.1.2. Proceso de atención de enfermería

El proceso de enfermería es un método sistemático y organizado de administrar cuidados individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales (Rodríguez H. , 2016).

Peplau contempla el proceso de enfermería como una serie de pasos secuenciales que se centran en las interacciones terapéuticas. Incluye la utilización de las técnicas de resolución de problemas por la enfermera y el paciente; según Peplau tanto la enfermera como el paciente aprenden el proceso de resolución de problemas a partir de su relación (Cardenoso, 2016).

Características del proceso enfermero:

- Es sistemático, no deja nada al azar. Es dinámico, permanece en continuo cambio.
- Es interactivo, permite la colaboración constante entre la enfermera y el paciente.
- Es flexible, se adapta a cualquier circunstancia de cuidados.
- Se orienta a unos objetivos claros y precisos.
- Es un elemento esencial para la historia de salud de los sujetos objeto de cuidados.

A continuación, se detallan las etapas del proceso de atención de enfermería:

1. Valoración

Etapa donde se realiza la recolección de datos ya sean objetivos o subjetivos respecto al síndrome depresivo, proveniente de fuentes primarias y secundarias, valiéndose de instrumentos básicos como la observación, la comunicación y el registro según lo indica Peplau (Naranjo, González, & Sánchez, 2017).

Consiste en reunir toda la información necesaria que le permita a la enfermera conocer a la persona que va a intervenir y determinar la situación de salud

Tabla 2. Clasificación de los datos

Clasificación de los datos

Subjetivos	Objetivos
Estos son datos obtenidos a través de la opinión y percepción de la persona sobre su estado de salud, de los cuales la enfermera no tiene seguridad de confirmaren el momento, pero es necesario para realizar el diagnostico de enfermería.	Se refiere a la información que es observable y medible, la enfermera tiene la garantía de que es confiable y lo puede confirmar a través de la observación, exploración física.

actual de la misma (Gomez, 2015).

Fuente: Fundamentos de enfermería: ciencia, arte y tecnología (Gomez, 2015).

La recolección de datos es la obtención de información referente a las condiciones, desde el punto de vista integral del paciente, familia y comunidad, estos datos tienen que ser de forma completa, sistemática y ordenada siguiendo los modelos teóricos en base a esto podremos tener unas secuencias para obtener datos (Gomez, 2015).

Los métodos para la obtención de datos son:

- Observación.
- La entrevista
- Exploración física

Validación de datos

Es verificar y comprobar los datos obtenidos para poder determinar si responden a los hechos y de esta manera evitar omitir la información relevante del paciente, y evitar confusiones en el diagnóstico (Gomez, 2015).

Organización de los datos

Se refiere a organizar los datos en categorías de información de forma que tenga sentido y puedan relacionarse entre ellas y poder identificar las capacidades del paciente y sus problemas de salud reales y potenciales (Gomez, 2015).

Sin embargo hoy en la actualidad el uso de las tecnologías de la información y las comunicaciones, permite organizar la información de los controles administrativos de enfermería de las salas hospitalarias mediante una base de datos que facilita el almacenamiento y consulta de dicha información de manera eficiente de esta manera penetran en todos los aspectos de la vida humana y mejoran la calidad de vida (Permuy, Vigil, & Cordova, 2017).

Registro de datos

Se refiere a informar y registrar los datos que se obtuvieron durante la observación, entrevista y exploración física, esto favorece la comunicación entre el equipo de salud, y facilitar los mecanismos de asistencia a la persona, así como las repercusiones tanto a nivel profesional, fomentando el desarrollo de la profesión, como a nivel legal, conociendo la legislación y las responsabilidades que debemos asumir en el trabajo diario (Garcia, Navío,

& Morganizo, 2017).

En esta ocasión, la valoración del síndrome depresivo, se desarrolla a través de las 14 necesidades de Virginia Henderson, cuyo fundamento científico está basado en la Teoría de Hildegard E. Peplau, quien a través de las relaciones interpersonales trata de entender la propia conducta para comprender la conducta de los demás (Asociación Española de Salud Mental, 2019).

La valoración se adaptará al modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, con énfasis en las necesidades humanas básicas como foco central de la práctica de la enfermería. Virginia Henderson estableció su clasificación basándose en una visión paradigmática, teniendo en cuenta tanto los aspectos biológicos como los psicológicos y sociales (necesidades primarias, homeostasis condición interna estable necesidades secundarias), y también teniendo en cuenta los aspectos espirituales (Bellido & Bendinez, 2016).

1. Necesidad de respirar normalmente

La valoración de esta necesidad pretende conocer la función respiratoria de la persona. Es por ello que, el Profesional de Enfermería deberá de averiguar los hábitos del cliente y planificar las intervenciones a desarrollar para satisfacer esta necesidad humana básica (Bellido & Bendinez, 2016).

2. Necesidad de comer y beber adecuadamente

La necesidad de alimentación es esencial para que el ser humano mantenga su vida o asegure su bienestar, e incluye todos los mecanismos y procesos que van a intervenir en la provisión de alimentos y líquidos, así como en su ingestión, deglución, digestión e integración de los nutrientes para el aprovechamiento energético por parte del cuerpo (Bellido & Bendinez, 2016).

3. Eliminar por todas las vías corporales.

La valoración de la necesidad Pretende conocer la efectividad de la función excretora de la

persona (eliminación intestinal, vejiga, piel, menstruación.)

El organismo precisa eliminar los desechos que genera, resultantes del metabolismo, para su correcto funcionamiento. La eliminación se produce principalmente por la orina y las heces, también a través de la piel (sudor, transpiración), respiración pulmonar y la menstruación (Bellido & Bendinez, 2016).

4. Moverse y mantener posturas adecuadas

La necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas según Virginia Henderson, un requisito fundamental indispensable para mantener la integridad, entendida ésta como la armonía de todos los aspectos del ser humano. Desde esta perspectiva, la satisfacción de esta necesidad está condicionada no solo por aspectos biológicos, sino también psicológicos, socioculturales y espirituales (edad, crecimiento, constitución, emociones, personalidad, cultural social) (Bellido & Bendinez, 2016).

5. Dormir y descansar

Se puede definir como la capacidad de una persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo del día, asociada tanto a la cantidad como a la calidad del sueño y descanso, así como la percepción del nivel de energía diurna. Para las personas que padecen un proceso de enfermedad, la necesidad de descanso y sueño aumenta, pues la situación implica un gasto adicional de energía (Bellido & Bendinez, 2016).

6. Escoger ropa adecuada: Vestirse y desvestirse

Necesidad de proteger el cuerpo en función del clima, las normas sociales y los gustos personales. La satisfacción de esta necesidad implica capacidades cognitivas que permitan elegir adecuadamente las prendas, así como capacidades y habilidades físicas (fuerza, coordinación de movimientos, flexibilidad articular) suficientes para ponerse y quitarse la ropa (Bellido & Bendinez, 2016).

7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

Se refiere a la necesidad de la persona de mantener la Temperatura corporal dentro de los límites normales según haga frío o calor, adecuando la ropa y modificando el ambiente. Se

persigue promover la salud a través de actividades que permitan mantener la temperatura en cifras normales, actuar ante las alteraciones de Temperatura corporal relacionadas con enfermedades, y prevenir complicaciones derivadas de éstas (Bellido & Bendinez, 2016).

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel

Mantenerse limpio y tener un aspecto aseado es una necesidad básica que han de satisfacer las personas para conseguir un adecuado grado de salud y bienestar. El grado de higiene corporal es considerado un signo externo del estado de salud que presenta la persona. Con nuestra valoración, pretendemos conocer la idoneidad de la higiene de la persona, la capacidad para su ejecución y evaluar el estado de la piel y mucosas (Bellido & Bendinez, 2016).

9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.

Se enmarca en la conveniencia de que la persona disponga de las habilidades y conocimientos necesarios que le permitan identificar las condiciones ambientales y conductuales que favorecen o aumentan el riesgo de sufrir accidentes, de tal manera que pueda prevenir los peligros sobre sí misma y también evitar lesionar a otras personas (Bellido & Bendinez, 2016).

10. Comunicar emociones, necesidades, temores y opiniones.

En este sentido se debe valorar el equilibrio entre la soledad interacción social, estado de los órganos de los sentidos, capacidad de expresión, relaciones con familia, amigos y pareja, etc., teniendo en cuenta la accesibilidad de los que intervienen, conocimiento del yo, intercambio, vía de relación y estímulos (Bellido & Bendinez, 2016).

11. Vivir de acuerdo con las propias creencias y valores

Ésta necesidad persigue atender a los valores y creencias (incluidas las espirituales, pero no de manera exclusiva) que guían las decisiones y opciones vitales de la persona. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud. La importancia de esta necesidad radica en que todos necesitamos unos valores y creencias para poder desarrollarnos como tal. Además posee una importante relación con el estado anímico y de pertenencia a un grupo

(Bellido & Bendinez, 2016).

12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.

La necesidad de Autorrealización valora la capacidad de actuar de manera que el individuo se sienta satisfecho consigo mismo y con el rol que le toca desempeñar. Valora patrones de conducta, capacidades, actividades, respuestas positivas y negativas, esfuerzos cognitivos y conductuales, tarea adaptativas (Bellido & Bendinez, 2016).

13. Participar en actividades recreativas.

El ser humano tiene Necesidad de ocio y recreo, que según Virginia Henderson constituye un requisito fundamental indispensable para mantener su integridad. Una situación de salud/enfermedad o acontecimiento vital puede romper dicha integridad de la persona en su situación de vida, ocasionando al individuo un problema de independencia total o parcial para satisfacer esta necesidad (Bellido & Bendinez, 2016).

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a usar los recursos disponibles.

Con esta necesidad se pretende detectar las habilidades y conocimientos de la persona sobre las actividades beneficiosas para su salud, así como las limitaciones para el aprendizaje (Bellido & Bendinez, 2016).

Tabla 3. Valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson.

NECESIDADES	DATOS MÁS RELEVANTES QUE DEBEN VALORARSE
1. Respirar normalmente	Frecuencia respiratoria (FR). Saturación parcial de oxígeno (SpO2%) Tipo de respiración Permeabilidad de la vía aérea Tos Secreciones Fumador. Hábito Tabáquico: N° cigarrillos/día, desea dejar de fumar. Dificultades o limitaciones relacionadas con la respiración.

	<p>Otros factores personales o medioambientales que le influyen en la respiración.</p>
<p>2. Comer y beber adecuadamente</p>	<p>Alimentación adecuada.</p> <p>Sigue algún tipo de dieta; Lácteos escasos; Bebidas azucaradas; Complejos vitamínicos.</p> <p>Inapetencia; Existencia de síntomas digestivos (náuseas, vómitos.) Alteración del peso; Intolerancia alimenticia.</p> <p>Problemas para comer: en la boca, para masticar, para tragar; Prótesis dentales y/o problemas de dentición; Sonda nasogástrica, gastrostomía; Problema con las comidas del niño.</p> <p>Necesidad de ayuda para alimentarse. Horario fijo de comidas; Lugar de las comidas; Come entre horas; Malos hábitos durante las comidas.</p> <p>Peso; Talla; IMC.</p>
<p>3. Eliminar por todas las vías corporales</p>	<p>Frecuencia de eliminación fecal.</p> <p>Características de las heces.</p> <p>Presenta alteraciones: Incontinencia, Dolor, Hemorroides, Gases.</p> <p>Se han producido cambios en los hábitos intestinales.</p> <p>Hábitos que dificultan / ayudan a la defecación.</p> <p>Utiliza algún medio para favorecer la defecación.</p> <p>Frecuencia de eliminación urinaria. Características de la orina.</p> <p>Presenta alteraciones: Incontinencia, Poliuria, Urgencias urinarias, Nicturia.</p> <p>Hábitos que dificultan / ayudan a la micción.</p> <p>Recursos que utiliza: Absorbentes, colector, Sonda.</p> <p>Frecuencia de la Menstruación. Características de la menstruación: Dolor, Recursos que utiliza para calmarlo.</p> <p>Menopausia.</p> <p>Sudoración excesiva.</p> <p>Otras pérdidas de líquidos.</p>

<p>4. Moverse y mantener posturas adecuadas</p>	<p>Grado de actividad en la vida cotidiana. Situación habitual: De ambulante/Sillón-Cama/Encamado</p> <p>Nivel funcional para la actividad/movilidad: Completamente independiente/requiere el uso de un quipo o dispositivo</p> <p>Requiere de otra persona para ayuda, supervisión o enseñanza/requiere ayuda de otra persona y de un dispositivo o equipo/Dependiente.</p> <p>Ejercicio físico habitual: sedentario (por incapacidad física y/o psíquica)/ pasea ocasionalmente/pasea diariamente/ practica algún deporte.</p> <p>Postura que adopta habitualmente (sentado, de pie, acostado).</p> <p>Dificultades o limitaciones para moverse y mantener posturas adecuadas: brazos/piernas/manos/columna.</p>
<p>5. Dormir y descansar</p>	<p>Patrón de sueño / descanso habitual:</p> <p>Horas de sueño al día: nocturno, día, otros.</p> <p>Hora de inicio / fin de sueño y/o descanso.</p> <p>Existencia de cansancio, somnolencia, etc, tras el sueño o el descanso.</p> <p>¿Desde cuándo?</p> <p>Factores que lo producen.</p> <p>Nivel de energía durante el día para las Actividades de la Vida Diaria.</p> <p>Hábitos relacionados con el sueño / descanso:</p> <p>Lugar donde duerme / descansa: cama, sillón, otros.</p> <p>Existencia de ritual para dormir.</p> <p>Presencia de malos hábitos para dormir: indicar.</p> <p>Cambios en el patrón de sueño / descanso:</p> <p>Dificultades para conciliar o mantener el sueño.</p> <p>Existencia de alguna enfermedad que le impida conciliar el sueño.</p> <p>Problemas durante el descanso / relajación: interrupciones,</p>

	<p>estímulos ambientales nocivos. Causas.</p> <p>Cambios de horarios frecuentes. Especificar.</p> <p>Presencia de ronquidos.</p> <p>Influencia de la falta de descanso en su actividad habitual</p> <p>Medidas naturales, fármacos, otros.</p>
<p>6. Escoger ropa adecuada: Vestirse y desvestirse</p>	<p>Adecuación y comodidad de la ropa y calzado que usa habitualmente.</p> <p>Prendas u objetos que desee llevar siempre.</p> <p>Dificultades o limitaciones para elegir la ropa, vestirse y/o desnudarse.</p> <p>Causas a las que atribuye estas dificultades o limitaciones.</p> <p>Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas.</p> <p>Otros factores personales o ambientales que influyen en la elección de la ropa y/o las acciones de vestirse desnudarse.</p> <p>Recursos que emplea para mejorar la satisfacción de la necesidad y percepción de los resultados.</p> <p>Manifestaciones de dependencia y origen de éstas.</p>
<p>7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.</p>	<p>Medición de la Temperatura corporal.</p> <p>Edad del paciente.</p> <p>¿Habitualmente tiene sensación de tiritona con el frío/sudoración con el calor?</p> <p>¿Historia de exposición a temperaturas extremas?</p> <p>Determinar los recursos utilizados y capacidad de la persona para adaptarse a los cambios de temperatura ambiental.</p> <p>Recursos utilizados habitualmente para mantener la temperatura corporal.</p> <p>¿Qué hace cuando tiene fiebre?: uso de medios físicos, antipiréticos habituales.</p> <p>Acondicionamiento del hogar.</p> <p>Capacidad para manejar termómetros: déficits visuales,</p>

	cognitivos, discapacidad física, etcétera.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel	<p>Higiene personal: (corporal, bucal, cabello, uñas.)</p> <p>Capacidad funcional para el baño/higiene general y tipo de ayuda que precisa.</p> <p>Estado de piel y mucosas: características de hidratación, coloración, elasticidad.</p> <p>Valoración de miembros inferiores.</p> <p>Valoración de pies.</p> <p>Alteraciones o lesiones de la piel: presencia de úlceras por presión (UPP), úlceras vasculares, úlceras neuropáticas, traumatismos, que-maduras, heridas quirúrgicas indicando su localización, tamaño y características.</p> <p>Otros factores personales o medioambientales que influyen en el mantenimiento de su higiene corporal y en la integridad de la piel</p>
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas	<p>Estado de ánimo: preocupación, tristeza, nerviosismo, irritabilidad, euforia, impulsividad. Recursos que emplea y factores de influencia.</p> <p>Conocimientos sobre su estado de salud. Interés por conductas saludables. Medidas preventivas habituales: vacunaciones, revisiones.</p> <p>Percepción de sí mismo y de la situación actual: ¿Cómo se siente? ¿Qué se siente capaz de hacer? ¿Qué, quién puede ayudarlo? ¿Qué expectativas tiene?</p> <p>Adhesión al plan terapéutico. Actitud. Motivo de incumplimiento.</p> <p>Medidas de seguridad personales y ambientales habituales. Realiza prevención. Existen barreras. Condiciones del hogar, entorno familiar y social.</p> <p>Alergias: medicamentos, alimentos, ambientales.</p> <p>Tratamientos. Automedicación.</p> <p>Orientación: espacial, temporal, personas.</p>

	<p>Alteraciones sensoriales-perceptivas.</p> <p>Nivel de conciencia. Memoria. Equilibrio.</p> <p>Dolor: tipo, intensidad, localización, repercusión, ayuda que necesita.</p> <p>Hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, drogas.</p> <p>Ingresos hospitalarios.</p> <p>Accidentes. Caídas.</p> <p>Violencia. Maltrato. Abusos.</p> <p>Anestesia, sedación o procedimientos invasivos.</p>
<p>10. Comunicar emociones, necesidades, temores y opiniones</p>	<p>Comunicación</p> <p>Limitaciones cognitivo perceptuales.</p> <p>Posibilidad de comunicación alternativa.</p> <p>Cambios en la situación de salud</p> <p>Relación (entorno familiar y social)</p> <p>Adecuación del espacio físico.</p> <p>Necesidad de equipos o dispositivos de apoyo.</p> <p>Disponibilidad de medios de movilización y transporte.</p> <p>Sistema de soporte: recursos económicos, red de apoyo socio familiar.</p> <p>Valores y creencias de la familia o grupo de pertenencia.</p> <p>Situaciones que puedan crear tensión familiar adicional.</p> <p>Relaciones sexuales</p> <p>Edad y sexo.</p> <p>Embarazos.</p> <p>Abortos.</p> <p>Disfunción reproductiva.</p> <p>Patrón sexual y grado de satisfacción.</p> <p>Naturaleza de la limitación, cambio o dificultad actual.</p> <p>Percepción de sí mismo; si ha cambiado respecto a la percepción</p>

	<p>anterior, causa a lo que lo atribuye; autoestima.</p> <p>Métodos anticonceptivos.</p> <p>Medicamentos de uso habitual.</p>
<p>11. Vivir de acuerdo con las propias creencias y valores.</p>	<p>Percepción actual de su situación de salud y bienestar.</p> <p>Planes de futuro de la persona.</p> <p>Jerarquía de valores.</p> <p>Facilidad/dificultad para vivir según sus creencias y valores.</p> <p>Importancia de la religiosidad / espiritualidad en su vida.</p> <p>Recursos que utiliza para mantener la salud.</p> <p>Existencia de algún valor o creencia que sea compartido a nivel familiar por todos sus integrantes.</p> <p>Circunstancias que influyen en su filosofía de vida: prohibiciones, rolen función de su sexo, prácticas religiosas o alternativas comunitarias.</p> <p>Manifestaciones de dependencia y causa de dificultad.</p> <p>Actitud ante la muerte.</p> <p>Posesión de testamento vital</p>
<p>12. Ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal</p>	<p>Actividad laboral, social, familiar y de rol habitual.</p> <p>Limitaciones socio-económicas, de rol y/o parentales</p> <p>Deseo de realización y superación.</p> <p>Sensación de utilidad.</p> <p>Presencia de dolor, limitaciones o secuelas.</p> <p>Adaptación a la enfermedad y/o creencias sobre su imagen y auto-estima.</p> <p>Inmadurez o senilidad.</p> <p>Actividades que le gusta realizar.</p> <p>Dificultad para realizar sus pasatiempos habituales.</p> <p>Sensación habitual de estrés.</p> <p>Participación en la toma de decisiones que le afectan.</p> <p>Creencias, filosofía personal, religiosidad y valores morales.</p>

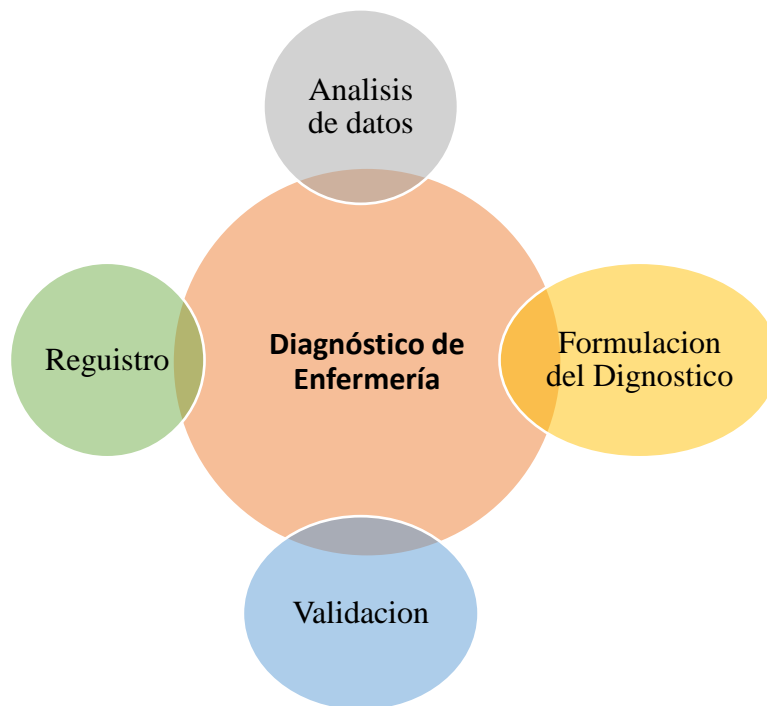
		Conocimiento de los recursos disponibles.
13. Participar en actividades recreativas		<p>Actividades recreativas que realiza habitualmente.</p> <p>Número de horas que le dedica a la semana.</p> <p>Presenta dificultad para realizar sus pasatiempos habituales</p> <p>Se aburre</p> <p>Causas a las que atribuye esta dificultad o limitación.</p> <p>Cómo cree que puede evitarlas, reducirlas o resolverlas.</p> <p>Respuesta ante situaciones estresantes: Somatización, Inhibición, Consumo de tóxicos, Agitación, Otros.</p>
14. Aprender, descubrir satisfacer curiosidad personal.	o la	<p>Circunstancias que influyen en el aprendizaje: limitaciones cognitivas o físicas, estado emocional, motivación, edad, nivel de instrucción, sabe leer y escribir.</p> <p>Grado de conocimiento de su actual estado de salud: estado de salud, cuidados básicos, medicación (pautas y efectos del tratamiento).</p> <p>Comportamientos indicativos de interés por aprender y resolver problemas: Preguntas, participación, resolución de problemas, proposición de alternativas.</p> <p>Recursos educativos de su entorno socio sanitario (especialmente si se ha instaurado un tratamiento nuevo o complicado): fuente usual para su aprendizaje sanitario (médico, enfermera, amigos, libros.), asociaciones de ayuda.</p>

Fuente: Proceso Enfermero desde el modelo de Virginia Henderson y Lenguajes NN, Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén, España 2016 (Bellido & Bendinez, 2016).

2. Diagnóstico

Juicio clínico emitido por la enfermera con una respuesta humana al manejo del síndrome depresivo, por parte del individuo, familia, grupo o comunidad. Además, es importante indicar que el diagnóstico enfermero posee dos partes: descriptor o modificador y núcleo del diagnóstico (Gomez, 2015).

Gráfico 2. Fases del diagnóstico de enfermería



Fuente: Proceso de atención de enfermería: concepto y etapas. Universidad Internacional de Valencia (Valencia, 2017).

Elaborado por: Luisana C.

a) Análisis de datos

El análisis de datos tiene como finalidad la identificación del problema e inicia con la clasificación de la información. Este paso va después de la valoración de enfermería y permite al personal adquirir información precisa. El personal de enfermería en esta fase puede apartar los datos que no le aportan ya que esto le ayudaran profesional de enfermería a concentrarse en los datos que están relacionados con las necesidades primordiales del paciente (Gomez, 2015).

b) Formulación del diagnóstico de enfermería

En esta etapa se llega a una conclusión en base a la valoración desde el punto de vista de la enfermería de los datos llevada a cabo en la fase anterior. El diagnóstico de enfermería puede ser distinto del diagnóstico médico (Valencia, 2017).

c) Validación del diagnóstico de enfermería

La información recogida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva y exacta, ya que los diagnósticos y las intervenciones de enfermería se basan en esta información. Una vez validados los datos, es necesario sintetizarlos y agruparlos para ayudar a identificar los problemas de salud, se organizarán de acuerdo a su priorización (Moya, 2018).

d) Registro del diagnóstico de enfermería

Todos deben considerar un apartado para que el personal de enfermería documente sus diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes. Pueden escribirse en la hoja de notas de enfermería y en los planes de cuidados para Iniciar con la etapa de planeación. Las políticas y normas de cada institución generan los registros de enfermería (Garces M. , 2016).

2.1.3. Taxonomías NANDA

Actualmente el profesional enfermero aplica la metodología proceso enfermero para estandarizar y fundamentar las intervenciones de enfermería, y es que luego de valorar los problemas de salud establece los diagnósticos de enfermería de acuerdo a la taxonomía NANDA; que agrupa dominios, clases y 244 diagnósticos enfermeros.

Dominio: hace referencia a una esfera que engloba a las clases y diagnóstico, son trece los dominios que se describen en la taxonomía NANDA, estos son (Herdman & Kamitsura, 2018-2020):

- Dominio 1: promoción de la salud.
- Dominio 2: nutrición.
- Dominio 3: eliminación e intercambio.
- Dominio 4: actividad/descanso.
- Dominio 5: percepción/cognición.
- Dominio 6: autopercepción.
- Dominio 7: relaciones de roles.
- Dominio 8: sexualidad.
- Dominio 9: afrontamiento/tolerancia al estrés.
- Dominio 10: principios de vida.
- Dominio 11: seguridad/protección.
- Dominio 12: confort.
- Dominio 13: crecimiento/desarrollo

Los dominios de la taxonomía NANDA y los patrones funcionales tienen criterios de valoración diferente, pero con categorías similares para la recolección de información y establecer con juicio los problemas apremiantes de salud.

Clases: agrupa a un determinado número de diagnósticos los cuales se relacionen entre sí.

En la NANDA se encuentran 47 clases (Herdman & Kamitsura, 2018-2020).

Ejes: se describen siete ejes: foco diagnóstico, sujeto del diagnóstico que hace referencia a la persona, familia o comunidad; juicio, localización, edad, tiempo, estado del diagnóstico (Herdman & Kamitsura, 2018-2020).

Componentes NANDA

- **Etiqueta:** proporciona el nombre al diagnóstico.
- **Factores relacionados o de riesgo:** son las causas o etiología del problema que pueden ser de diferentes tipos: fisiológico, psicológico, ambiental, químico o genético que determinan la vulnerabilidad de la persona o grupo (Herdman & Kamitsura, 2018-2020).
- **Características definitorias:** son las manifestaciones clínicas, signos y síntomas que la enfermera encuentra en el paciente para realizar una etiqueta diagnóstica (Herdman & Kamitsura, 2018-2020).

Tipos de Diagnósticos Enfermeros

1. **Diagnóstico focalizado en el problema:** se define como el juicio clínico el cual se relaciona con la respuesta humana la misma que no es deseada por una persona, familia o grupo sobre un problema de salud o proceso vital (Herdman & Kamitsura, 2018-2020).
2. **Diagnóstico enfermero de riesgo:** identificado como el juicio clínico sobre la vulnerabilidad para desarrollar problema que afectan a la persona, familia o comunidad (Herdman & Kamitsura, 2018-2020).
3. **Diagnóstico enfermero de promoción de la salud:** entendido como juicio clínico sobre la motivación y el deseo de incrementar el bienestar (Herdman & Kamitsura, 2018-2020).
4. **Síndrome diagnóstico:** se define como un juicio clínico que se relaciona al conjunto

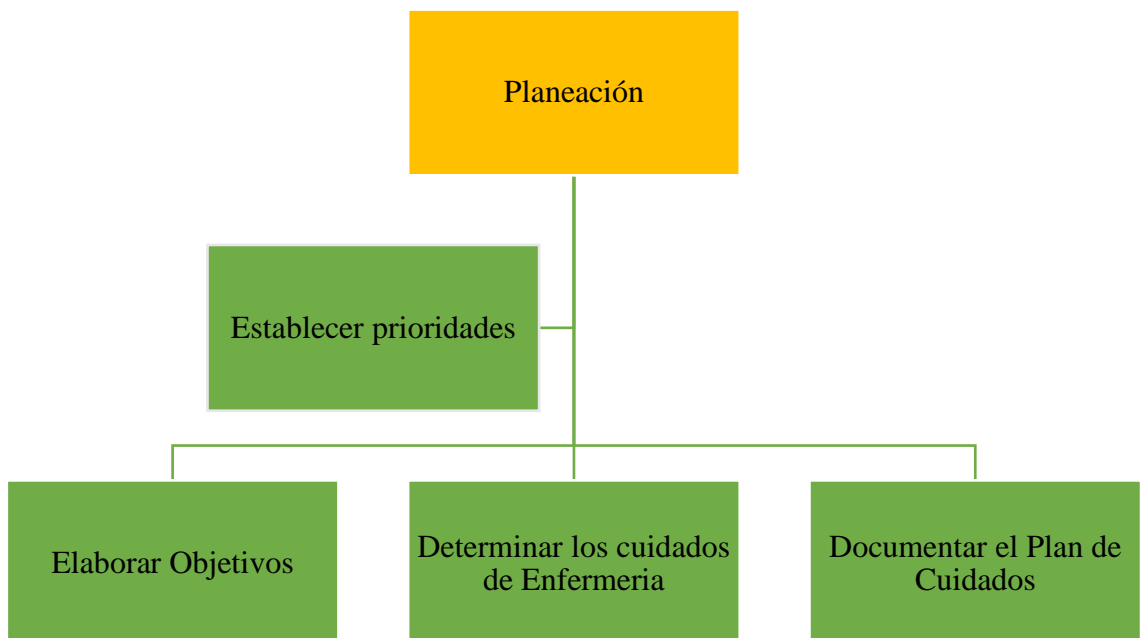
de varios diagnósticos enfermeros (Herdman & Kamitsura, 2018-2020).

3. Planificación

Etapa donde debe darse prioridad a los diagnósticos enfermeros según las características definitorias, factores relacionados o factores de riesgo para determinar las prioridades de atención, disminuir, resolver la gravedad o el riesgo de desarrollarse síndrome depresivo (Gomez, 2015).

Esta etapa se desarrollará en diferentes fases:

Gráfico 3. Planeación



Fuente: Programación de la Atención de Enfermería (Soto, 2018)

a) Determinación de prioridades. En determinadas ocasiones es imposible tratar a la

vez todas las respuestas generadas por un paciente ante una situación clínica o enfermedad. Por este motivo es necesario realizar una priorización de los problemas (Gomez, 2015).

- b) Establecimiento de los objetivos o resultados de enfermería NOC esperados. En esta fase se elegirán los resultados de enfermería NOC que esperamos conseguir en el paciente (Gomez, 2015).
- c) Selección de las intervenciones de enfermería NIC. Con el fin de conseguir estos resultados, se seleccionarán las intervenciones enfermeras correspondientes a la clasificación de intervenciones de enfermería NIC (Gomez, 2015).
- d) Para priorizar los problemas de salud, el enfermero debe hacer uso de la pirámide de Maslow quien establece que las necesidades más importantes o urgentes hacían referencia a los problemas fisiológicos. Sin embargo, aunque tengamos en cuenta esta pirámide, siempre será necesario consensuar con el paciente la importancia relativa de cada diagnóstico con el fin de tratar primero los diagnósticos más apremiantes (Gomez, 2015).

A continuación, se enlista las necesidades de Maslow

- Necesidades Fisiológicas
- Necesidades de Seguridad.
- Necesidades Sociales.
- Autoestima.
- Autorrealización.

5. Intervención

Las intervenciones de enfermería son todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Incluyen tanto los cuidados directos como los indirectos, dirigidos a la persona, familia y comunidad: tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería, médicos u otros proveedores de cuidados (Plazas, 2020).

- La enfermera debe estar actualizada en los conocimientos teóricos, metodología, y técnicas para evitar cualquier complicación.
- Las acciones de enfermería deben estar adaptadas al individuo para evitar afectar las acciones de las mismas.
- La enfermera siempre debe estar segura de las acciones que realiza con el paciente.
- Las acciones de enfermería siempre deben estar encaminadas a educación, apoyo y bienestar
- Las acciones de enfermería siempre deben ser holística.
- La actuación de enfermería siempre debe respetar la dignidad del paciente y fomentar la autonomía del paciente

Posteriormente, el sistema propone intervenciones y actividades de NIC, para que la enfermera las seleccione como un plan de atención, utilizando los conocimientos enfermeros y el pensamiento crítico de las enfermeras, ejecutando intervenciones tanto dependientes como interdisciplinarias, desde el punto de vista de la psicodinámica Peplau recomienda que

el personal de salud trabaje en las relaciones interpersonales cada comprender las conductas de riesgo (Gomez, 2015).

2.1.4. Taxonomía NIC

La Nursing Interventions Clasificación o NIC, consiste en un lenguaje universal que permite describir la función de los profesionales de enfermería y regularizar los procedimientos para desarrollar de los cuidados. Dicha clasificación contiene intervenciones directas o indirectas de enfermería en relación con el paciente, para la promoción de la salud o el tratamiento y prevención de enfermedades (Butcher, Bulechek, Dochterman, & otros, 2018-2020).

Documentación.

Es el registro que realiza la enfermera, en sus notas de enfermería debida que es un documento legal permanente del paciente y se maneja en todas las instituciones de salud (Gomez, 2015).

Después de realizar los cuidados de enfermería y evaluar las respuestas, en el registro se debe considerar lo siguiente: las valoraciones, intervenciones y respuestas (Gomez, 2015).

El propósito de la documentación es:

- Comunicar a otros profesionales de los cuidados que recibe el paciente y como está evolucionando.
- Ayuda a identificar los patrones de respuesta y sus cambios
- Proporciona una base para investigar y poder mejorar la calidad de los cuidados.
- Crear un documento legal que después se puede utilizar en los tribunales.

Estructura

Siendo la séptima edición actualmente está disponible 7 dominios, 30 clases, 565 intervenciones enfermeras y alrededor de 13.000 actividades. Cada nivel está codificado excepto las actividades, por lo que admite la inclusión de otras nuevas (Butcher, Bulechek, Dochterman, & otros, 2018-2020).

Componentes NIC:

- Una intervención está constituida por:
- Nombre de etiqueta.
- Definición: consiste en caracterizar de manera precisa el título.
- Actividades: acción de la enfermera.
- Bibliografía (Butcher, Bulechek, Dochterman, & otros, 2018-2020)

6. **Evaluación:** La efectividad de las intervenciones y el logro de los resultados identificados se evalúan continuamente, para tomar las medidas eficaces y por ende la efectividad de las acciones de enfermería (Gomez, 2015).

La evaluación es compleja empieza en el momento en el que la enfermera interacciona con el paciente, familia o comunidad. La evaluación mide la respuesta del paciente luego de las intervenciones de enfermería con los resultados esperados establecidos durante la planificación (Gomez, 2015).

Fases

Gráfico 4. Clasificación de resultados de enfermería NOC



Fuente: Clasificación de Resultados de Enfermería NOC. (Moorhead, Swanson, Johnson, & otros, 2018-2020).

Elaborado por: Luisana C.

2.1.5. Taxonomía NOC

Este lenguaje estandarizado unifica los resultados del cuidado enfermero. Nos permite poseer fundamento científico para modificar actitudes en relación a los cuidados de salud mental que requieran los pacientes además cuantifica y evalúa los resultados; es decir, el estado, la condición o percepción del paciente, familia, o comunidad luego de la intervención de Enfermería, con el fin de otorgar una mejor

atención de calidad (Moorhead, Swanson, Johnson, & otros, 2018-2020).

Estructura de la Taxonomía NOC.

Así mismo, se encuentra organizado en 3 niveles: dominio, clase y resultado, actualmente desde la quinta y última edición en el 2013, está conformada por 7 dominios, 32 clases y 490 resultados (Moorhead, Swanson, Johnson, & otros, 2018-2020).

Componentes NOC:

Un resultado está compuesto por:

- Etiqueta: nombre del resultado.
- Definición: concepto del título.
- Indicador: conducta, estado o percepción del individuo, familia o comunidad que se usa para la medición del resultado (Moorhead, Swanson, Johnson, & otros, 2018-2020).

Este se cuantifica mediante la escala de Likert de 5 puntos, en un continuo desde menos a más deseable (Moorhead, Swanson, Johnson, & otros, 2018-2020).

Los valores de la escala de Likert son:

1= gravemente comprometido

2= sustancialmente comprometido

3= moderadamente comprometido

4=levemente comprometido

5= no comprometido

2.1.6. Modelo teórico de Hildegard E. Peplau



Hildegard E. Peplau nace en Pensilvania 1909 y muere California 1999, líder mundial de enfermería y teórica estadounidense conocida como “Madre de la Enfermería Psiquiátrica” (Asociación Española de Salud Mental, 2019).

En 1931 se graduó en Enfermería en el Hospital de Pottstown

Pensilvania. Obtuvo una Licenciatura en Psicología Interpersonal en el Bennington College, un Máster de Enfermería Psiquiátrica y posteriormente un Doctorado, ambos en la Universidad de Columbia (Asociación Española de Salud Mental, 2019).

Peplau fue una de las primeras enfermeras en matricularse y en obtener el Certificado en Psicoanálisis en el Instituto William Alanson White (Asociación Española de Salud Mental, 2019).

Poco a poco fue teniendo puestos de marcada responsabilidad. Trabajó en la célebre Clínica Psiquiátrica de Chestnut Lodge. Durante la II Guerra Mundial desempeñó funciones en el Cuerpo de Enfermeras del Ejército y fue asignada al Hospital Estación de Campo 312 en Inglaterra, donde se encontraba la Escuela Americana de Psiquiatría (Asociación Española de Salud Mental, 2019).

Desarrolló el primer programa formativo de Especialistas en Enfermería de Salud Mental. Después de su retiro, fue profesora visitante en la Universidad de Lovaina en Bélgica. Allí ayudó a establecer el primer programa de posgrado en enfermería en Europa (Asociación Española de Salud Mental, 2019).

Desarrolló el “Modelo de Relaciones Interpersonales”. Su libro sobre su marco conceptual, Relaciones interpersonales en enfermería, se completó en 1948. Se convirtió en el primer modelo de enfermería que se publicaba desde Florence Nightingale (Asociación Española de Salud Mental, 2019).

Peplau es la única enfermera que ha formado parte de la Asociación Americana de Enfermeras (ANA) como directora ejecutiva y más tarde como presidenta. Peplau fue reconocida con numerosos premios y honores por sus contribuciones a la enfermería y tuvo 11 doctorados honoríficos (Asociación Española de Salud Mental, 2019).

2.1.7. Teoría psicodinámica de Hildegart E Peplau.

Peplau basa su modelo en la enfermería psicodinámica, al cual define como aquella que es capaz de entender la propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son las dificultades y aplicar los principios sobre las relaciones humanas a los problemas que surgen en cualquier nivel de experiencia (Martinez, 2019).

La enfermera psicodinámica aplica los principios de las relaciones humanas a los problemas que surgen en todos los niveles de la experiencia humana.

Por tanto, su modelo se basa en teorías psicoanalíticas, en el cual ella define la enfermería psicodinámica y describe las fases del modelo y los roles de la enfermera en cada fase.

Para Peplau la enfermería es un proceso interpersonal y terapéutico que funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos, haciendo de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades. Basa este planteamiento en que las personas son seres humanos que viven una especie de equilibrio inestable de manera que, cuando ese equilibrio se altera, aparece la enfermedad (Martinez, 2019).

Define salud como palabra símbolo que implica el movimiento de avance de la personalidad y otros procesos humanos hacia una vida creativa, constructiva, personal y comunitaria (Martinez, 2019).

La relación interpersonal entre enfermera y paciente puede llevarse a cabo en diferentes entornos: hospital, escuela, comunidad, etc., con el objetivo de mejorar la salud, aumentar el bienestar y atender a las enfermedades (Martinez, 2019). Se trata de actuar en lugar de la persona o paciente, actuar orientándole, actuar manteniendo y mejorando su estado físico y psíquico, actuar mediante la instrucción, etc. (Martinez, 2019).

El objetivo de este modelo de enfermería es ayudar al paciente y al grupo comunitario a conseguir la salud de forma que enfermera y paciente alcancen el mayor grado de desarrollo personal (Martinez, 2019).

En la relación enfermera y paciente describe cuatro fases:

1. Orientación: En esta fase el paciente tiene “una necesidad insatisfecha” y por tanto precisa apoyo profesional. La enfermera le ayuda a reconocer y entender sus problemas.

2. Identificación: El paciente se relaciona e identifica con quienes pueden ayudarle. La

enfermera le ayuda a desarrollar fuerzas positivas para llegar a satisfacer sus necesidades (Martinez, 2019).

3. Explotación: El paciente intenta aprovechar al máximo todo lo que se le brinda a través de su relación con la enfermera.

4. Resolución: Los objetivos iniciales van cambiando progresivamente, y en la medida que el paciente se hace menos dependiente se va liberando de su identificación con el enfermero/a (Martinez, 2019).

2.1.8. Roles de la enfermera en la relación enfermera- paciente

Rol de Extraño: El paciente y la enfermera no se conocen, la primera no debe prejuzgarlo sino aceptarlo como persona, considerándole emocionalmente capacitado si no hay evidencias claras de lo contrario (Peña & Perez, 2016).

Rol de suministradora de recursos: La enfermera debe ofrecer respuestas específicas, explicando al paciente el plan de tratamiento a seguir, teniendo en cuenta la situación eligiendo la respuesta más adecuada dirigida a un aprendizaje constructivo (Peña & Perez, 2016).

Rol de educadora: Es una combinación de todos los roles y debe partirse de lo que sabe el paciente, y en función de su interés y capacidad para usar la información (Peña & Perez, 2016).

Rol de Líder: La enfermera, ayuda al paciente a asumir las tareas que tienen a su alcance mediante una relación de cooperación y participación activa (Peña & Perez, 2016).

Rol de sustituta: El paciente, sitúa a la enfermera en un rol de sustituta, apreciando en sus actitudes y conductas sensaciones que reactivan sentimientos generados en relaciones anteriores. La enfermera, debe ayudar al paciente a ver las diferencias entre las personas que recuerda y el rol profesional (Peña & Perez, 2016).

Rol de consejera: Es el más importante en la enfermería psiquiátrica. La enfermera debe ayudar al paciente a que recuerde y entienda completamente lo que le sucede en la actualidad, para que la experiencia se pueda integrar, a otras experiencias de vida (Peña & Perez, 2016).

Las dificultades que podemos encontrar en el modelo de Peplau son:

- Que la enfermera ha de asumir distintos roles, dado que el modelo de Peplau utiliza este enfoque como la principal base para los cuidados, la enfermera ha de ser capaz de controlar las emociones que emanan de su representación de nuevos roles, tanto ella como del paciente. La enfermera ha de proporcionar un apoyo terapéutico apropiado y para esto es crucial que se sienta segura de su capacidad para comunicarse con eficacia.
- Habilidades de asesoramiento: que no se trata de dar consejo sino de proporcionar una oportunidad al paciente para que solucione mentalmente los problemas y saque algunas conclusiones razonables.
- Proporcionar una red de apoyo para el personal. Supone exigencias emocionales importantes para la persona que presta los cuidados. La enfermera necesita también contar con un apoyo. Debe invertirse tiempo en el apoyo del personal. La enfermera necesita disponer de tiempo para discutir la práctica clínica.
- El empleo de su modelo queda limitado en el trabajo con pacientes seniles, comatosos, neonatos, En dicha situación la relación enfermera-paciente es unilateral, por tanto, no puede considerarse con el calificativo de general.
- Le falta precisión empírica. Aunque está basada en la realidad, hay que validarla y verificarla por parte de otros científicos y faltan investigaciones posteriores.

Estas tres taxonomías se interrelacionan durante las 5 etapas del PAE que son el instrumento

de la práctica enfermera. La valoración permite identificar diagnósticos NANDA en la etapa de diagnóstico; en la etapa de planificación para cada diagnóstico se establece las intervenciones con sus actividades identificadas en la NIC y se determina los resultados con sus indicadores de la NOC; en la etapa de ejecución se realiza las intervenciones previamente establecidas de la NIC; para finalizar se realiza la evaluación verificando el cumplimiento de los resultados NOC. Este proceso se debe aplicar en el ámbito de salud asistencial comunitaria y hospitalaria (Moorhead, Swanson, Johnson, & otros, 2018-2020).

2.1.9. Síndrome Depresivo

La depresión es un trastorno mental episódico y/o recurrente que se presenta como un síndrome o agrupación de síntomas predominantemente afectivos como: tristeza, apatía, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, energía disminuida, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, los mismos que configuran una afectación global de la vida en el ámbito psíquico y físico (Ministerio de Salud Pública, 2017).

El trastorno depresivo es una patología mental y esta es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se encuentra alterado el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida. Dependiendo del concepto de enfermedad que se utilice, algunos autores consideran más adecuado utilizar en el campo de la salud mental el término "trastorno mental" (que es el que utilizan los dos sistemas clasificatorios de la psicopatología más importantes en la actualidad: la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y el DSM-IV-TR de la Asociación Psiquiátrica Americana).

A diferencia de las variaciones habituales que suscita el estado de ánimo o las respuestas emocionales de tristeza que experimentan las personas ante diversas experiencias de la vida cotidiana (por ejemplo, la pérdida de un trabajo, problemas familiares o de pareja, la muerte de un ser querido, etc.), la depresión se configura como un trastorno cuando estos sentimientos se extienden en el tiempo (como mínimo dos semanas o más), volviéndose crónicos o recurrentes e interfiriendo con la habilidad de llevar a cabo las actividades de la vida diaria (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Manifestaciones comunes

- Poca energía, fatiga, problemas de sueño o apetito.

- Estado de ánimo triste o nervioso en forma persistente, irritabilidad
- Falta de interés o de placer en actividades que solían ser interesantes o placenteras.
- Múltiples síntomas sin causa física definida (por ejemplo, dolores y malestares, palpitaciones, aletargamiento).
- Dificultades para llevar a cabo su trabajo usual, actividades escolares, domésticas o sociales (Perez, Enriquez, Llanos, & otros, 2014).

Tabla 4. Factores de riesgos personales, familiares y sociales para depresión

Personales	Familiares y sociales
Edad	Separación conyugal, viudez
Estado civil	Dificultad económica familiar
Enfermedades crónicas	Fallecimiento de seres queridos
Consumo de tabaco	Violencia intrafamiliar
Embarazo	Desempleo
Menopausia	Educación
Trastornos de ansiedad	Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas
Estrés crónico	Experiencias de discriminación
Eventos traumáticos o eventos vitales estresantes	Ambiente y tensión labora
Rasgos neuróticos de personalidad	Inseguridad laboral
Obesidad mórbida con IMC > 40	Acoso laboral

Fuente: Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. Guía de Práctica Clínica (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Elaborado por: Luisana C.

Tabla 5. Factores de riesgo cognitivos y genéticos para depresión

Cognitivos	Genéticos
Esquemas negativos de pensamientos	Familiares de primer grado de consanguinidad con trastorno depresivo mayor
Pensamientos automáticos	Antecedentes familiares de depresión
Distorsiones cognitivas	Polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina
Creencias disfuncionales	
Reactividad cognitiva negativa	
Estilos rumiativos de respuestas	

Fuente: Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos. Guía de Práctica Clínica (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Elaborado por: Luisana C.

Clasificación del trastorno depresivo

En base a los síntomas más frecuentes, a la respuesta a los diversos tratamientos existentes y al pronóstico a corto, medio y largo plazo, los trastornos depresivos se dividen en:

1. El trastorno adaptativo con ánimo deprimido se caracteriza por:

El propio paciente identifica un desencadenante reciente como el origen de los síntomas actuales. La exposición a situaciones ambientales intensas da paso, transitoriamente, a un rendimiento adecuado. Es decir, si a la persona afectada por un trastorno adaptativo se le muestra un estímulo intenso, puede prestar atención al nuevo foco y expresar el sentimiento lógico frente a esa situación (Guarch & Navarro, 2021).

2. El trastorno distímico o distimia se caracteriza por:

Presencia crónica con sensación de insatisfacción, de desánimo y abatimiento que motivan tristeza y un peor funcionamiento diario de la persona. Predomina la apatía y la pérdida de iniciativa sobre la pérdida de ilusiones.

El paciente describe su sentimiento de tristeza como normal. Lo que le llama la atención no son las características intrínsecas de la propia tristeza, sino su cronicidad y la aparente ausencia de situaciones desencadenantes concretas. Al igual que sucede

en el trastorno adaptativo, la exposición a situaciones ambientales intensas da paso, transitoriamente, a un rendimiento adecuado. Con frecuencia, pero no siempre, estos pacientes tienen una personalidad de base muy emocional y/o muy dependiente (Guarch & Navarro, 2021).

3. El episodio depresivo (o depresión mayor) se caracteriza por:

El paciente describe su sentimiento de tristeza como cualitativamente diferente al sentimiento normal de tristeza, considerándolo una vivencia nueva. Lo característico es la existencia de una reducción en la respuesta emocional frente a situaciones de teóricamente marcado calado emocional. Este hecho explica que el paciente muchas veces no centre su queja en su tristeza, sino en la sensación de miedo o angustia frente al bloqueo emocional que padece. A diferencia de lo que sucede en el trastorno adaptativo y en la distimia, la exposición a situaciones ambientales intensas comporta una oscilación escasa o nula en su estado de ánimo (Guarch & Navarro, 2021).

También se puede emplear los criterios de la American Psychiatric Association:

Criterios de diagnóstico del episodio depresivo mayor son:

- a) Presencia mínima de cinco de los siguientes síntomas durante al menos dos semanas y representar un cambio de funcionamiento previo;
 1. Estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o placer. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicando por el relato subjetivo o por observación de otros.
 2. Anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales durante la mayor parte del día.
 3. Disminución o aumento del peso sin estar a dieta o del apetito casi todos los días.
 4. Insomnio o somnolencia casi todos los días.
 5. Enlentecimiento o agitación psicomotriz casi todos los días.

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada casi todos los días.
 8. Menos capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días.
 9. Pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas
- b) No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (maníacos y depresivos), trastornos esquizofrénicos o trastornos esquizoafectivos.
 - c) El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.
 - d) Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.
 - e) No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.

La categorización de este criterio es:

1. La depresión leve se manifiesta con pocos síntomas o ninguno, aparte de los requeridos para llegar al diagnóstico, y originan sólo un deterioro menor en el desempeño laboral o en las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás (Echeverría, 2016).
2. La depresión moderada se refiere cuando la sintomatología se encuentra entre la depresión leve y depresión grave (Echeverría, 2016).
3. La depresión grave puede aparecer sin características psicóticas cuando el paciente presenta varios síntomas aparte de los requeridos para el diagnóstico y que interfieren con el desempeño laboral, las actividades sociales habituales o las relaciones con los demás. Pero la depresión grave puede aparecer asociada con síntomas psicóticos, con ideas delirantes y alucinación (Echeverría, 2016).

Modelo Escalonado en el manejo de la depresión

Tipo de depresión	Intervenciones
Depresión grave o/y resistente	Estrategias Farmacológicas Intervenciones psicológicas Tratamiento combinado TEC
Depresión moderada	Intervenciones psicológicas Tratamiento combinado Antidepresivos
Depresión leve	Evaluación, apoyo, psicoeducación Intervenciones psicológicas Antidepresivos

Fuente: Prevención de la depresión en jóvenes: Enfoque Positivo (Echeverría, 2016).

Tratamiento consejo psicosocial para la persona y la familia/ No farmacológico.

- Psicoeducación (para la persona y su familia, según corresponda).
- actividades que solían ser interesantes o placenteras
- mantener un ciclo de sueño regular
- actividad física periódica
- actividades sociales periódicas, incluyendo la participación en actividades sociales habituales
- Reconocer los pensamientos de autolesión o suicidio y regresar a buscar ayuda cuando se presentan (Perez, Enriquez, Llanos, & otros, 2014).

Abordaje de los factores psicosociales estresantes actuales.

- Ofrezca a la persona la oportunidad de hablar.
- Pregunte sobre los factores psicosociales estresantes actuales.

- Identifique, evalúe y maneje cualquier situación de maltrato, abuso, y descuido o negligencia.
- Identifique los familiares de apoyo e involúcrelos lo más posible y de manera oportuna (Perez, Enriquez, Llanos, & otros, 2014).

Restablecer las redes sociales

- Identifique las actividades sociales previas de la persona que, si se reiniciaran, tendrían el potencial de proveer apoyo psicosocial directo o indirecto (por ejemplo, reuniones familiares, salidas con amigos, visitas a los vecinos, actividades sociales en los sitios de trabajo, deportes, actividades comunitarias).
- Estimule las fortalezas y habilidades de la persona y mótvela a reanudar las actividades sociales previas, en la medida posible (Perez, Enriquez, Llanos, & otros, 2014).

Programa de actividad física regulada

- Organización de actividades físicas de duración moderada (por ejemplo, 45 minutos) 3 veces por semana.
- Explore con la persona qué clase de actividad física es más atractiva y apóyela para que aumente gradualmente la cantidad de actividad física, comenzando por ejemplo con 5 minutos (Perez, Enriquez, Llanos, & otros, 2014).

Ofrecer seguimiento periódico

- Ofrezca seguimiento periódico (por ejemplo, personalmente en el servicio, o a través del personal de salud comunitaria).
- Vuelva a evaluar a la persona

Medicación antidepresiva

La fluoxetina (pero no otros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y la amitriptilina (así como otros antidepresivos tricíclicos (ATC) son antidepresivos mencionados en el Formulario de la OMS. Cuando seleccione un antidepresivo para la persona, considere el patrón de síntomas que presenta, el perfil de los efectos secundarios del medicamento y la eficacia de los tratamientos antidepresivos previos, si hubiere (Perez, Enriquez, Llanos, & otros, 2014).

Tabla 6. Manejo de la depresión leve

Fuerza	Recomendaciones para el manejo de la depresión leve
B	Se recomienda que el manejo de la depresión en adultos se realice siendo un modelo de atención escalonada, de forma que las intervenciones y tratamientos se vayan intensificando según el estado y la evolución del paciente.
D	El tratamiento de la depresión en el adulto debe ser integral y abarcar todas las intervenciones psicoterapéuticas, psicosociales y farmacológicas que puedan mejorar el bienestar y la capacidad funcional (incluyendo aspectos como la actividad física y una nutrición adecuadas.
D	El manejo de la depresión debe incluir psi coeducación, consejería, la intervención psicosocial grupal, apoyo individual y familiar, coordinación con otros profesionales, atención de las comorbilidades y monitorización regular del estado mental y físico.
D	Las diferentes intervenciones para el tratamiento de la depresión deben estar estructuradas en un programa de atención y aplicarse a cada persona a través de un plan individual de tratamiento integral.
A	El plan de tratamiento de la depresión se realizará considerando severidad del cuadro, refractariedad, comorbilidad, persistencia, género y etapa de ciclo vital.
A	Todo plan de tratamiento debe incluir especificaciones respecto de las metas del tratamiento y sus plazos.
A	Se recomienda indicar un programa estructurado de actividad física para el

	tratamiento de personas con depresión.
D	En el manejo de pacientes adultos con depresión leve, se recomienda aplicar las siguientes estrategias: Explorar y hablar con el paciente de los eventos estresantes recientes. Programa citas de seguimiento hasta cada 15 días por tres meses consecutivos. Recomendar ejercicios entre 30 y 45 minutos tres veces por semana durante 10 a 14 semanas. Recomendar mantener una rutina cotidiana y hábitos de vida saludables. Promover higiene del sueño.
Fuerte en contra	Los antidepresivos no deben usarse de manera rutinaria para tratar los síntomas depresivos leves debido a que el riesgo-beneficio no lo amerita. Las únicas excepciones, en que el manejo debe ser por el especialista e individualizado, son: antecedente de depresión moderada o grave, o pacientes con síntomas que persisten a pesar de otras intervenciones.
Fuerte en contra	No se recomienda prescribir inductores del sueño de rutina por riesgos de abuso y dependencia.
Fuerte a favor	Si, durante las citas de seguimiento, el paciente adulto con diagnóstico de depresión leve no ha presentado mejoría o empeoran los síntomas, se lo debe referir a una consulta especializada de salud mental y/o psiquiatría.

Fuente: Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Tabla 7. Psicoterapia en la depresión leve

Fuerza	Recomendaciones para la psicoterapia en la depresión leve
Fuerte a favor	Para pacientes adultos con depresión leve, se deben realizar intervenciones psicoterapéuticas de menor intensidad (psicoeducación) como primera opción.
B	En la depresión leve-moderada, se recomienda considerar un tratamiento psicológico breve (como terapia cognitivo conductual o la terapia de solución de problemas), de seis a ocho sesiones durante 10-12 semanas.
Débil a favor	La terapia psicodinámica de corto plazo se considera para todas las personas con depresión leve o moderada, con una duración entre 16-20 sesiones en 4.6 meses.

Fuente: Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Depresión moderada y grave.

Recomendaciones para el manejo de la depresión moderada y grave.

Fuerza	Recomendaciones para el manejo de la depresión moderada y grave.
D	En los pacientes con depresión grave, se debe iniciar primero el manejo antidepresivo y, cuando se observe respuesta, iniciar la intervención en crisis con apoyo del psicólogo.
Fuerte a favor	Para pacientes adultos con depresión moderada o grave, se recomienda una combinación de medicamentos antidepresivos y psicoterapia.
D	Es aconsejable que todos los pacientes con depresión moderada tratados con medicamentos sean valorados nuevamente antes de 15 días tras la instauración del tratamiento y antes de ocho días en el caso de depresión grave.
B	En pacientes con depresión resistente al tratamiento farmacológico se recomienda el tratamiento combinado de antidepresivos y terapia cognitivo-conductual.

Fuente: Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Tabla 8. Psicoterapia en la depresión moderada y grave.

Fuerza	Recomendaciones para la psicoterapia en la depresión moderada y grave.
B	El tratamiento psicológico de elección en la depresión moderada –grave es la terapia cognitivo conductual o terapia interpersonal (TIP), de 16 a 20 sesiones durante cinco meses.
Fuerte a favor	Para todas las personas que reciban terapia cognitivo conductual individual, la duración debe ser entre 10-20 sesiones en 3-4 meses. También se puede considerar proveer dos sesiones por semana durante las primeras dos o tres semanas en personas con depresión moderada a grave y tres a cuatro sesiones de seguimiento a lo largo de los tres a seis meses siguientes para todas las personas con depresión.
Fuerte a favor	Para las personas que reciban terapia interpersonal (TIP), la duración del tratamiento debe ser entre 16-20 sesiones en 3-4 meses. Para aquellas con depresión moderada a grave se debe considerar proveer dos sesiones por la semana durante las primeras 2-3 semanas y 3-4 sesiones de seguimiento a lo largo de los 3-6 meses siguientes para todas las personas en 4-6 meses.
Débil a favor	La psicoterapia psicodinámica de plazo corto se considera para todas las personas con depresión leve a moderada, con una duración entre 16-20 sesiones en 4-6 meses.
A	Las estrategias de abordaje de episodios depresivos graves son la terapia cognitivo conductual o interpersonal en conjunto con fármacos antidepresivos.

Fuente: Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y tratamiento de episodio depresivo y del

trastorno depresivo recurrente en adultos (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Prevención de la depresión

La Organización Mundial de la Salud dan algunas recomendaciones.

- a) Hablar de sus sentimientos con alguien de su confianza
- b) Solicitar ayuda profesional. Hablar con un profesional sanitario local o con su médico de cabecera es un buen punto de partida
- c) No se aíse. Mantenga el contacto con sus familiares y amigos
- d) Realice ejercicio regularmente, aunque se trate de un pequeño paseo
- e) Mantenga hábitos regulares de alimentación y sueño
- f) Evite o limite la ingesta de alcohol y absténgase de consumir drogas ilícitas, ya que estos productos pueden empeorar la depresión
- g) Siga haciendo las cosas que siempre le han gustado, incluso cuando no le apetezca
- h) Tome conciencia de sus pensamientos negativos y autocríticos persistentes e intente sustituirlos por pensamientos positivos.
- i) Elabore una lista de las situaciones que le van mal. Cante, grite, llore, corra, practique un deporte de contacto que le permita descargar frustración. Lo importante es que deje fluir sus pensamientos y emociones (Salud, 2019).

Para prevenir o disminuir la depresión y la ansiedad en las personas es recomendable seguir una serie de hábitos de vida saludables:

- **Evitar la soledad:** La sensación de soledad es una de las causas más comunes de depresión. Hay que intentar en la medida de lo posible que las personas no pasen

mucho tiempo solas para que no se sientan aisladas. Visitarle a diario o animarle a que se una a actividades físicas o lúdicas con otras personas es una buena medida para que se mantenga sociable y activo (Ronald, 2020).

- **Realizar ejercicio físico:** Además de ser beneficioso para su estado de salud física, el ejercicio mejora el flujo sanguíneo haciendo que se encuentren de mejor humor. Hay que procurar que el ejercicio esté siempre adaptado a las capacidades de la persona en concreto y a la época del año para evitar lesiones o deshidratación (Ronald, 2020).
- **Mantener la mente activa:** Al igual que el cuerpo, también hay que entrenar la mente para que se mantenga saludable. Realizar actividades enfocadas a entrenar la lógica y la memoria como pueden ser puzzles o juegos de cartas es un buen ejercicio mental que, además, le ofrecerá momentos de ocio y bienestar (Ronald, 2020).
- **Dieta equilibrada:** La alimentación juega un papel fundamental en la salud mental ya que, al igual que el resto del organismo, el cerebro también necesita recibir los nutrientes necesarios para su buen funcionamiento. Llevar una dieta rica en vitaminas, antioxidantes y ácidos grasos esenciales como los que se encuentran en el aceite de oliva o el pescado azul favorece el buen estado de salud de nuestra mente (Ronald, 2020).
- **Establecer rutinas y prepararlos para los cambios:** Saber qué va a pasar les ayuda a sentirse más seguros en su día a día y reducir el nivel de ansiedad. Es importante además prepararlos con antelación frente a los cambios que puedan romper con su rutina, como pueden ser ir a visitar a un familiar o un cambio en su habitación (Ronald, 2020).

2.2. HIPOTESIS

El plan de atención de enfermería basado en el modelo de Peplau mejorar el síndrome depresivo en los pacientes del Hospital Abel Gilbert Pontón, mientras que el plan enfermero sin modelo dificulta la recuperación psicológica de los usuarios.

2.3. VARIABLES

Variable Independiente.

Proceso de atención de enfermería

Variable Dependiente.

Pacientes depresivos.

2.4. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICION	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN
<p>Variable de Independiente</p> <p>Proceso de atención de enfermería</p> <p>Variable Dependiente.</p> <p>Pacientes con Depresión.</p>	<p>Método sistemático y organizado de administrar cuidados individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos (Gomez, 2015).</p> <p>Se caracterizan por una tristeza de una intensidad o una duración suficiente como para interferir en la funcionalidad y, en ocasiones, por una disminución del interés o del despertado por las actividades (Coryell W. , 2020).</p>	Proceso de atención de enfermería	<p>Valoración</p> <p>Diagnostico</p> <p>Planificación</p> <p>Ejecución</p> <p>Evaluación</p>	<p>NECESIDAD 1 - RESPIRAR</p> <p>NORMAMENTE</p> <p>Capacidad respiratoria</p> <p>Alteraciones psicológicas</p>	<p>Guía de Valoración</p> <p>Normal _____</p> <p>Bradipnea _____</p> <p>Taquipnea _____</p> <p>Apnea _____</p> <p>Disnea _____</p> <p>Nerviosismo _____</p> <p>Culpa _____</p> <p>Miedo _____</p> <p>Irritabilidad _____</p> <p>Palpitaciones _____</p> <p>Sofocación _____</p> <p>Optimismo exagerado _____</p> <p>Confusión mental _____</p>

				<p>NECESIDAD 2 – ALIMENTACIÓN/ HIDRATACIÓN</p> <p>Apetito</p> <p>Síntomas digestivos</p> <p>Necesidad para alimentarse</p> <p>NECESIDAD</p>	<p>Normal _____ Aumentado _____ Disminuido _____ Perdido _____</p> <p>Nauseas ____ Vómitos ____ Distensión abdominal _____ Diarreas ____ Ninguno ____</p> <p>Solo ____ Con ayuda ____ otros ____</p>
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				3 ELIMINACIÓN Nº de deposiciones/día Alteraciones intestinales Nº de micciones/noche Alteraciones urinarias	1 vez ____ 2 veces ____ 3 veces ____ Incontinencia Fecal ____ Estreñimiento ____ Gases ____ Dolor al defecar ____ 1 vez ____ 2 veces ____ 3 veces ____ Incontinencia urinaria Oliguria ____ Nicturia ____ Ninguna ____ Fármacos /laxantes ____ Sondaje vesical ____ Pañal ____ Ninguno ____
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p>Recursos para ayudar a la eliminación</p> <p>Ambulatorio ____ Silla-cama ____ Encamado ____</p> <p>NECESIDAD 4 – MOVILIZACIÓN. Situación habitual</p> <p>Sedentarismo ____ Incapacidad física ____ Incapacidad psíquica ____</p> <p>Ejercicio físico habitual</p> <p>Brazos ____ Piernas ____ Ninguno ____</p> <p>Bastón ____ Silla de ruedas ____ Ninguno ____</p> <p>Limitaciones para moverse</p> <p>Inhibición ____ Agitación ____ Temblores ____ Tics ____ Ninguno ____</p> <p>Uso de equipos</p>	
--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

				auxiliares: Alteraciones motoras NECESIDAD 5-SUEÑO Y DESCANSO Cuantas horas duerme Cambios en el patrón sueño/descanso	4 a 6 horas _____ 6 a 8 _____ 8 a 10 _____ 10 o mas ____ Dificultad para conciliar el sueño _____ Interrupción del sueño ____ Duerme durante el día _____ Sonambulismo _____ Pesadillas ____ Ojeras _____ Esclerótica enrojecida ____ Bostezos frecuentes ____ Descanso ____ Termina cansado _____ Somnolencia _____
--	--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p>Aparición de signos físicos</p> <p>Fármacos ____ Relajación____ Medidas Naturales____ Ninguno____</p> <p>Efectividad del patrón sueño/descanso</p> <p>Adecuado ____ Exagerado ____ Descuidado ____</p> <p>Ayuda para conciliar el sueño</p> <p>Ajustado a la realidad____ Confuso ____</p> <p>NECESIDAD 6 – VESTIRSE/DESVESTIRSE</p> <p>Aspecto general</p> <p>Solo ____ Con ayuda ____</p> <p>Percepción personal al vestuario</p> <p>36.6°C ____</p>
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p>Disposición para vestirse y desvestirse</p> <p>NECESIDAD 7 – TERMORREGULACIÓN</p> <p>Temperatura</p> <p>Signos Asociados</p> <p>NECESIDAD 8 – HIGIENE/PIEL</p> <p>Aspecto general</p>	<p>37.°C ____</p> <p>Escalofríos ____</p> <p>Deshidratación ____</p> <p>Sudoración ____</p> <p>Calor ____</p> <p>Ninguno ____</p> <p>Adecuado ____</p> <p>Descuidado ____</p> <p>Integra ____</p> <p>Deshidratada ____</p> <p>Ictérica ____</p> <p>Palidez ____</p> <p>Ulceras por presión ____</p> <p>Traumatismo ____</p> <p>Cortes ____</p>
--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				Estado de la piel y mucosas	Quemaduras ___ Eritema ___
				Lesiones de la piel	Solo ___ Con ayuda ___
				Tipo de ayuda	Consiente ___ Somnoliento ___ Confuso ___ Orientado ___ Desorientado ___
				NECESIDAD 9 – SEGURIDAD	
				Días de Hospitalización	Ansioso ___ Agresivo ___ Triste ___ Eufórico ___ Irritado ___
				Nivel de conciencia:	Melancólico ___

				<p>Estado de ánimo</p> <p>Conductas Peligrosas</p> <p>Alteración del contenido de la consciencia</p>	<p>Impulsividad__ Inquietud __ Ninguna __</p> <p>Trastorno de la identidad del Des realización __ Des personalización __ Percepción amenazante entorno__ Alteración del contenido del pensamiento/suicidio __</p> <p>Auditivas __ Gustativas __ Visuales__ Táctiles __ Olfativas __ Ninguna __</p> <p>Tabaco __</p>
--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p>Alteración de la percepción</p> <p>Hábitos Tóxicos</p> <p>NECESIDAD 10 – COMUNICACIÓN</p> <p>Estado de animo</p>	<p>Alcohol ____</p> <p>Drogas ____</p> <p>Medicamentos ____</p> <p>Ningunos ____</p> <p>Tranquilo ____</p> <p>Ansioso ____</p> <p>Nervioso ____</p> <p>Eufórico ____</p> <p>Preocupado ____</p> <p>Tristeza ____</p> <p>Coherente ____</p> <p>Delirante/Confuso ____</p> <p>Confuso ____</p>
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p>Organización del pensamiento – lenguaje</p> <p>Disposición para expresarse</p> <p>Identidad sexual</p> <p>Recursos personales</p>	<p>Fluida ____ Insulsez ____ Poca sintonización ____ Conversación aburrida ____ Poco ágil ____ Grosera ____</p> <p>Heterosexual ____ Homosexual ____ Otro ____</p> <p>Capacidad de afrontamiento ____ Habilidad para solucionar problemas ____ Participación en actividades lúdicas ____</p> <p>Católico ____ Evangélico ____ Mormón ____</p>
--	--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p>NECESIDAD 11 – CREENCIAS Y VALORES</p> <p>Religión que profesa</p> <p>Problemas emocionales</p> <p>NECESIDAD 12 – TRABAJAR/REALI ZARSE</p>	<p>Otros ____</p> <p>Falta de ilusión ____ Desesperanza ____ Ideas de suicidio ____ Ninguno ____</p> <p>Primaria ____ Secundaria ____ Bachillerato ____ Tercer nivel ____</p> <p>Trabajar ____ Vender ____ Pintar ____</p>
--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p>Instrucción escolar</p> <p>0 a 2 horas ____ 3 a 4 horas ____ 5 a 8 horas ____</p> <p>Actividades que realiza</p> <p>Televisión__ Música ____ Leer____ Dormir____ Ninguno ____</p> <p>NECESIDAD 13 – OCIO</p> <p>N° de horas ocio/semanal</p> <p>Preferencias de ocio</p>	<p>Somatización_____ Inhibición_____ Agitación ____</p> <p>Limitaciones físicas_____ Limitaciones cognitivas ____</p> <p>Estado emocional ____</p>
--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				<p>Respuesta ante situaciones estresantes</p> <p>NECESIDAD 14 – APRENDER</p> <p>Circunstancias que influyen en el aprendizaje</p> <p>Interés por aprender</p>	<p>SI ____</p> <p>NO ____</p>
--	--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------

2.5. Glosario

1. **Depresión:** La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (Organización Mundial de la Salud, 2017).
2. Trastorno depresivo recurrente: Se caracteriza por repetidos episodios de depresión. Durante estos episodios, hay estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y reducción de la energía que produce una disminución de la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas (Organización Mundial de la Salud, 2020)
3. Trastorno afectivo bipolar: este tipo de depresión consiste característicamente en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal (Organización Mundial de la Salud, 2020).
4. **Proceso enfermero:** El proceso del enfermero (a) es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales (Jara & Lizano, 2016).
5. **NANDA:** (North American Nursing Diagnosis Association) una de las partes de la actualización del volumen Fundamentos de Enfermería que completaremos con la descripción y análisis de la clasificación de resultados u objetivos (Herdman & Kamitsura, 2018-2020).
6. **NOC** (Nursing Outcomes Classification) o **CRE** (Clasificación de Resultados de Enfermería) y con las intervenciones de enfermería (Moorhead, Swanson, Johnson, & otros, 2018-2020).

7. **NIC** (Nursing Interventions Classification) o **CIE** (Clasificación de Intervenciones de Enfermería) (Butcher, Bulechek, Dochterman, & otros, 2018-2020)

8. Antidepresivo

Los antidepresivos son un tipo de drogas psicotrópicas cuya función, a grandes rasgos, es la de animar a los individuos con depresión (Aparicio, 2016).

9. Teoría

La palabra "teoría" tiene varios significados. Desde el "conjunto de leyes que sirven para relacionar determinado orden de fenómenos" al "conocimiento especulativo (meditar, contemplar, considerar, reflexionar sobre alguna cosa) hecho con independencia de toda aplicación". En nuestro caso se trataría, más bien, de una hipótesis cuyas consecuencias se aplican a todo un cuerpo de conocimientos o ciencia o a una parte muy importante de la mismo (Tejada, 2013).

10. Hildegart E. Peplau: la teoría de Peplau enfatiza en la relación enfermera-paciente para potenciar un desarrollo interpersonal terapéutico. Se basa en la enfermería psicodinámica, a partir del conocimiento de la propia conducta de la enfermera, que le permite ayudar a los demás a identificar sus problemas (Asociación Española de Salud Mental, 2019).

11. Refratariedad: Un paciente se considera refractario cuando no responde tratamientos iniciales, o cuando deja de responder frente a la progresión o recaída de su enfermedad.

CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO

3.1. Tipo y diseño de la investigación

3.1.1. Por su enfoque

En la presente investigación se aplicó la guía de aplicación a los usuarios del estudio cuyos datos serán analizadas a través de la estadística descriptiva y se establecerá diferencias y similitudes entre los planes de atención de enfermería establecidos con el modelo de Hildegard Peplau y sin el modelo, es decir, se emplea el método comparativo y descriptivo.

3.1.2. Por su diseño

El presente estudio es una investigación aplicada, se plantea diseñar, aplicar y evaluar el proceso de Atención de Enfermería estandarizados para los usuarios que padecen síndrome depresivo.

3.1.3. Por su alcance

El alcance de la investigación es descriptivo puesto que se realiza la valoración de las de los usuarios a través de la guía de valoración basado en las 14 necesidades de Virginia Henderson bajo el enfoque psicodinámica de Hildegard Peplau, con el fin de identificar la problemática de los usuarios y plantear los cuidados principales.

3.1.4. Por el tiempo de ocurrencia

La investigación se realizó en el período enero- mayo 2021 por lo que es de tipo transversal.

3.1.5. Por su tipo

El estudio se desarrollo directamente en el lugar de ocurrencia de los hechos en el Hospital Abel Gilbert Pontón, por lo que es de campo.

3.1.6. Por su fuente

La investigación es de tipo bibliográfica cuyos documentos sirven como sustento para la comprensión de la problemática y el planteamiento de una propuesta que se ajuste a las necesidades de los usuarios.

3.2. Técnicas e instrumentos para la obtención de datos

Para efectuar la investigación se aplicó una guía de valoración a 15 usuarios con síndrome depresivo del segundo piso de hospitalización del Hospital Abel Gilbert Pontón, a quienes una vez aplicada la guía se identificó los problemas más frecuentes y se planteó el plan de cuidados estandarizados para su atención.

A continuación, se detalla los pasos para la recolección de datos.

- Solicitud de permiso para el ingreso al hospital
- Primera visita de socialización con el personal encargado, sobre aspectos relativos al proyecto, objetivos y requerimientos para la consecución de los objetivos
- Aplicación de la guía de valoración a los pacientes participantes
- Tabulación de la información
- Análisis mediante la estadística descriptiva
- Generación del diagnóstico enfermero a partir de las tendencias de mayor prevalencia.

Posteriormente se realizó la aplicación del plan enfermero con el modelo de Hildegard Peplau a los 15 usuarios, de los cuales a 5 usuarios se aplicó el plan de enfermería sin el modelo, para este procedimiento se seleccionó a la población a través del método de azar.

3.3. Población y muestra

Población	Universo	Muestra
15 usuarios		15 usuarios

La población sobre la cual se aplicó el estudio será seleccionada de forma aleatoria y quienes cumplen los criterios de inclusión.

La selección de la población de estudio se basó en los siguientes criterios de exclusión e inclusión.

3.3.1. Criterios de inclusión

- Ser usuario del Hospital Abel Gilbert Pontón
- Ser mayor de edad
- Padecer depresión.

3.3.2. Criterios de exclusión

- No pertenecer al Hospital Abel Gilbert Pontón
- Ser menor de edad
- Usuarios que no padezca síndrome depresivo.

3.4.ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Análisis e interpretación de resultados encontrados en la aplicación de la guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, a los usuarios del segundo piso de hospitalización del Hospital Abel Gilbert Pontón.

Tabla 9: Edad de los pacientes.

Edad	Número	Porcentaje
12_20	2	13,3%
21- 30	6	40%
31-45	3	20%
50- 66	4	26,7%
Total	15	100%

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021.

Elaboración propia

Análisis: De los 15 pacientes que corresponden al 100%, el rango de edad que comprende de 21-30 años es predominante con el 40%, cuyo dato indica una importante similitud con el estudio de (Ribas, Incidencia de depresión en pacientes hospitalizados, período 15 de noviembre de 2006 al 15 de marzo de 2007, hospital Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón, 2007) que menciona la probabilidad de sufrir depresión entre la edad 20 y 60 años, es decir en el presente estudio es evidente que a mayor edad existe más riesgo de padecer depresión.

Tabla 10: Genero

Genero	Número	Porcentaje
Masculino	6	40
Femenino	9	60
Total	15	100

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021.

Elaboración propia

Análisis: De los 15 pacientes que corresponden al 100%, el 60% son de sexo femenino, lo cual contradice los resultados encontrados en el estudio de Sandra Anguiano en su

artículo “Prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados” en el que se destacan los hombres con niveles de ansiedad más elevados que las mujeres (Anguiano, 2017).

Tabla 11: Etnia

Etnia	Número	Porcentaje
Mestiza	7	46,7%
Blanca	3	20,0%
Negra	3	20,0%
Montubia	2	13,3%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021
Elaboración propia

Análisis: De los 15 entrevistados que corresponden el 100%, 7 pacientes que representan el 46.7% son de etnia mestiza que presentan problemas depresivos, cuyos datos tienen estrecha relación con el estudio de Mónica Guaya titulado “Funcionalidad familiar, factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores, región 7 del Ecuador 2016”, donde se evidencia que el 43,7% de las personas con depresión se identificaron como mestizos (Guaya, 2016).

Tabla 12: Estado Civil

Estado civil	Número	Porcentaje
Soltero/a	5	33,3%
Casado/a	7	46,7%
Viudo/a	2	13,3%
Divorciado /a	0	0,0%
Unión Libre	1	6,7%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021
Elaboración propia

Análisis: De los 15 entrevistados que corresponden al 100%, 7 pacientes que

representan al 46.7% son de estado civil casados ante esto Enrique Berumen en su artículo “Incidencia de depresión y factores asociados en pacientes hospitalizados del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.” menciona en lo referente al estado civil, en pacientes casados la depresión se observó en la mitad de los pacientes, mientras que los solteros mostraron cifras más bajas de depresión (22.5%). Lo cual podría explicarse debido al hecho de que los pacientes solteros, por lo general no tienen la responsabilidad de mantener a otras personas, por lo que su hospitalización no compromete la estabilidad económica de una familia (Berumen, Macías, & Bernal, 2016).

NECESIDAD DE: 1 RESPIRAR NORMALMENTE

Tabla 13: Capacidad respiratoria.

Capacidad respiratoria	Número	Porcentaje
Normal	6	40,0%
Bradipnea	5	33,3%
Taquipnea	4	26,7%
Apnea	0	0,0%
Disnea	0	0,0%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 encuestados que corresponden el 100%, 6 pacientes que representan el 40% mantiene una respiración normal, William Coryell en su investigación “Depresión” menciona la dificultad al respirar con sensación de falta de aire, sensación de ahogo o paro respiratorio, suspiros, accesos de tos nerviosa, es frecuente la hiperventilación que puede provocar síntomas secundarios a la alcalosis respiratoria derivada (parestiasias en los dedos de las manos, los pies y en la cara, vértigos y síncope) (Coryell W. , 2020).

Tabla 14: Alteraciones psicológicas

Alteraciones psicológicas	Número	Porcentaje
Nerviosismo	1	6,7%
Miedo	5	33,3%
Culpa	3	20,0%
Sofocación	1	6,7%
Irritabilidad	2	13,3%
Optimismo exagerado	1	6,7%
Confusión mental	2	13,3%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 entrevistados corresponden al 15%, 5 pacientes que representan el 33.3% presentan alteraciones de miedo ante esto, José Lorenzo en su artículo “Caracterización clínica y terapéutica del episodio depresivo en pacientes hospitalizados” menciona que los pacientes con trastornos de depresión presentan disturbios, depresión, frustración y síntomas de ansiedad, relacionados con su salud física y con el deseo de abandonarlo todo, ante este conjunto de situaciones estresantes es fácil identificar malestares físicos, llanto, fuerte ansiedad por su estado de salud, pensamientos de pesimismo, inseguridad, irritabilidad, desánimo, apatía por todo y lo que es más grave, deseos de morir y suicidio (Lorenzo, Díaz, & Ordoñez, 2019).

NECESIDAD DE: 2 ALIMENTACIÓN HIDRATACIÓN

Tabla 15: Apetito

Apetito	Número	Porcentaje
Normal	0	0%
Aumentado	3	20%
Disminuido	12	80%
Perdido	0	0%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 entrevistados que corresponden al 100%, 12 pacientes que representa el 80% presenta una disminución de su apetito, ante esto José Lorenzo en su artículo “Caracterización clínica y terapéutica del episodio depresivo en pacientes hospitalizados” afirma que la persona deprimida tiene pocos deseos de alimentarse y baja autoestima. Puede tener ideas pesimistas y hasta llegar a tener ideas suicidas en dependencia del grado de la depresión (Lorenzo, Díaz, & Ordoñez, 2019).

Tabla 16: Síntomas Digestivos

Digestivos	Número	Porcentaje
Nauseas	7	46,7%
Vómitos	1	6,7%
Distensión abdominal	1	6,7%
Diarreas	1	6,7%
Ninguno	5	33,3%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 entrevistados que corresponden el 100%, 7 pacientes representan el 46.7% presentan nauseas, ante esto Alberdi Sudupe en su artículo “Depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital General” menciona los síntomas físicos de la enfermedad que no se han conseguido aliviar de manera suficiente, y que ocasionan un importante sufrimiento, se presenta por ejemplo el dolor, en primer lugar, también las náuseas y vómitos, o la disnea (Sudupe & Diaz, 2017).

Tabla 17: Necesidad para alimentarse

Alimentarse	Número	Porcentaje
Solo	10	66,7%

Con ayuda	5	33,3%
Otros	0	0,0%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Análisis: De los 15 encuestados que corresponden el 100%, 10 pacientes que representan el 66.7% se alimenta solos, ante esto Jhoana Pardo en artículo “Factores de riesgo y cuidados de enfermería en la enfermedad maníaco depresiva de personas que consultaron al hospital mental de Risaralda –Homeris -en el primer semestre del 2016” menciona ha reconocido la función positiva de las familias en los programas de salud mental, el papel de la familia se extiende ahora, más allá de la asistencia cotidiana, a la promoción de los intereses de los enfermos mentales, hay pruebas sólidas que demuestran la conveniencia de involucrar a las familias en el tratamiento y manejo de la esquizofrenia, el retraso mental, la depresión, la dependencia del alcohol y los trastornos conductuales en la infancia (PARDO & RIASCOS, 2016)

NECESIDAD: 3 ELIMINACIÓN

Tabla 18: Eliminación

Numero de deposiciones al día	Número	Porcentaje
1 vez	10	66,7%
2 veces	4	26,7%
3 veces	1	6,7%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 encuestados que corresponden al 100%, 10 pacientes que representan el 66.7% realizan una deposición diaria, Beatriz Lade en su investigación “Manejo del paciente con constipación” menciona el sexo femenino presenta menor número de

defecaciones que el hombre y tiene mayor porcentaje de constipación, se observan cambios del patrón defecatorio con relación al ciclo menstrual y el embarazo, la constipación es una queja muy frecuente entre los ancianos, si bien se ha demostrado que cuando éstos son sanos y activos no difieren de los adultos en el patrón defecatorio (Lade & Umpierre, 2016).

Tabla 19: Alteraciones intestinales

Alteraciones	Número	Porcentaje
Estreñimiento	7	46,7%
Gases	7	46,7%
Dolor al defecar	1	6,7%
Incontinencia fecal	0	0,0%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 encuetados que corresponden al 100%, 7 paciente presentan estreñimiento y 7 gases, (Eby & Brown, 2016) menciona en este caso predominan los síntomas somáticos o corporales: dolores inespecíficos, alteraciones gastrointestinales (sequedad de boca, estreñimiento-diarrea, úlcera gástrica etc.)

Tabla 20: Número de diuresis

Nº Diuresis a la noche	Número	Porcentaje
1 vez	3	20%
2 veces	8	53,3%
3 veces	4	26,7%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 encuestados que corresponden al 100%, 8 pacientes que representan el 53,3% realizan 2 veces al día su diuresis, Megan Álvarez en su artículo “Nocturia: la necesidad de orinar por la noche” menciona la nocturia es la principal causa de interrupción del sueño, además de poder causar depresión, en los varones adultos, lo cual se traduce en un efecto negativo sobre su actividad diaria y, por ello, sobre su calidad de vida (Álvarez, 2016).

Tabla 21: Alteraciones urinarias

Alteraciones	Número	Porcentaje
Incontinencia urinaria	1	6,7%
Oliguria	1	6,7%
Nicturia	7	46,7%
Ninguna	6	40,%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil. 2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 encuestados que corresponden al 100%, 7 pacientes que representan el 46.7% tienen nicturia, Megan Álvarez en su artículo “Nocturia: la necesidad de orinar por la noche” menciona la depresión, ansiedad y disfunción miccional son problemas de salud comunes y un posible vínculo entre ellos es de gran interés. Así mismo, existen estudios epidemiológicos que, a pesar de ser limitados, han encontrado asociación entre disfunción urinaria, depresión y ansiedad, ya que ejerce influencia significativa sobre el sufrimiento personal e interacción social, además de haber modelos de explicación biológica y neurológica para dicha asociación, en general la asociación de una enfermedad somática como lo es la disfunción urinaria con trastornos psiquiátricos afectivos como son la depresión y ansiedad no es infrecuente, reduciendo aún más la calidad de vida de estas pacientes (Álvarez, 2016)

Tabla 22: Recursos que le ayudan a la eliminación

Recursos de eliminación	Número	Porcentaje
Fármacos /laxantes	4	27%
Sonda vesical	3	20%
Pañal	2	13%
Ninguno	6	40%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 encuestados que corresponden el 100%, 6 pacientes que representan el 40% no utilizan ningún dispositivo para su eliminación, ante esto María Carreño en su artículo “Retención urinaria psicógena ” menciona en ocasiones es necesario tomar medicación, sobre todo cuando el paciente tiene síntomas de depresión o de ansiedad grave, el tratamiento lo puede realizar el médico de cabecera, aunque en algunos casos de ansiedad grave puede ser necesario acudir a un psiquiatra (Carreño, 2017).

NECESIDAD 4 MOVILIZACION

Tabla 23: Situación Habitual

Situación de la movilización	Número	Porcentaje
Ambulatorio	8	53,3%
Silla- Cama	0	0,0%
Encamado	7	46,7%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 encuetados que corresponden al 100%, 8 pacientes que representan el 53.3% tiene una movilidad ambulatoria, ante esto José Ibarra en su articulo “Efectos

del reposo prolongado en adultos mayores hospitalizados” afirma la condición que conlleve a la hospitalización de un individuo, no existe evidencia científica que indique que el reposo en cama, garantice algo positivo, siendo esto en algunas circunstancias algo contraproducente el reposo en cama puede tener efectos adversos que pueden contribuir al desarrollo de neumonías, trombosis venosa profunda, lesiones cutáneas por decúbito y disminución tanto de la masa ósea como de la fuerza muscular, esto se acentúa más aún si son adultos mayores (Ibarra, Fernandez, Aguas, & otros, 2017).

Tabla 24: Ejercicio Físico Habitual

Ejercicio Habitual	Número	Porcentaje
Sedentarismo	5	33,3%
Incapacidad psíquica	5	33,3%
Incapacidad física	5	33,3%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 entrevistados que corresponden al 100%, 5 pacientes que representan el 33.3% presentan sedentarismo, ante esto Alberdi Sudupe en su artículo “Depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital General” menciona la inactividad física e intelectual, las alteraciones de sueño y apetito, la fatiga o el cansancio físicos, molestias somáticas diversas, son síntomas y signos entre otros que se solapan con los procesos depresivos (Sudupe & Diaz, 2017).

Tabla 25: Limitaciones para moverse

Limitaciones	Número	Porcentaje
Piernas	2	13,3%
Brazos	1	6,7%
Ninguno	12	80,%

Total	15	100, %
--------------	-----------	---------------

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 encuestados que corresponden al 100%, 12 pacientes que representan el 80% no presentan ninguna limitación para moverse, la (Organización Mundial de la Salud, 2020) menciona la depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana, puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares.

Tabla 26: Uso de equipos auxiliares

Equipos Auxiliares	Número	Porcentaje
Bastón	1	6,7%
Silla de ruedas	1	6,7%
Ninguno	13	86,7%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 encuestados que corresponden al 100%, 13 pacientes que representan el 86.7% no utilizan ningún equipo auxiliar para realizar sus actividades, (Instituto Floral de Bienestar Social, 2016) menciona la depresión puede aparecer asociada al esfuerzo por adaptarse a la discapacidad temporal o permanente derivada del daño cerebral, a la pérdida o a la modificación del papel que uno tenía en el contexto familiar o social, también la depresión también puede aparecer si el daño ha afectado a áreas del cerebro que controlan las emociones; en efecto, la depresión puede venir causada tanto por cambios físicos como bioquímicos en el cerebro.

Tabla 27: Alteraciones Motoras

Alteraciones	Número	Porcentaje
Inhibición	1	6,7%
Temblores	3	20,0%
Tic	2	13,3%
Agitación	2	13,3%
Ninguno	7	46,7%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 encuestados que representan el 100%, 7 pacientes que representan el 46.7% no presentan ninguna alteración motora, (Stella & Bucken, 2016) menciona los análisis de regresión múltiple o la correlación de Pearson confirmaron la asociación significativa entre los síntomas depresivos con trastorno motor y las dificultades a la hora de realizar las actividades de la vida diaria. Además, también se encontró que los síntomas depresivos presentaban una relación inversa con la edad de inicio de la EP y una relación positiva con la duración de la enfermedad.

NECESIDAD: 5 SUEÑO Y DESCANSO

Tabla 28: Cuantas horas Duerme

Cuantas horas duerme	Número	Porcentaje
4-6 horas	10	66,7%
6-8 horas	4	26,7%
8-10 horas	0	0,0%
10 horas y mas	1	6,7%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 encuestados que corresponden al 100%, 10 pacientes que representan

el 66.7% duermen de 4 a 6 horas, (Miro, 2016) menciona los menores riesgos de mortalidad, tras controlar una amplia gama de variables, los obtienen las personas que duermen 7-8 horas, dormir menos de 4 horas o más de 8 horas, aumenta el riesgo de muerte temprana.

Tabla 29: Cambios en el Patrón del Sueño

Cambios en el Patrón del Sueño	Número	Porcentaje
Dificultad para conciliar el sueño	9	60,0%
Interrupción del sueño	3	20,0%
Duerme durante el día	2	13,3%
Sonambulismo	0	0,0%
Pesadillas	1	6,7%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 encuestados que corresponden al 100%, 9 pacientes que representa el 60% presentan dificultad para conciliar el sueño, (Calderón, Epidemiología de la depresión en el adulto mayor, 2018) afirma que los pacientes con insomnio tenían mayor probabilidad de tener depresión y mayor persistencia de la enfermedad.

Tabla 30: Aparición de signos físicos

Aparición de signos físicos	Número	Porcentaje
Ojeras	10	66,7%
Escleróticas enrojecidas	4	26,7%
Bostezos frecuentes	1	6,7%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 encuestados que corresponden el 100%, 10 pacientes que representan el 66.7% se observa aparición de signos físicos en las orejas, ante esto (Clínica Baviera,

2019) menciona en la mayoría de personas, la aparición de las ojeras está relacionada con la falta de sueño o el cansancio excesivo (tanto cansancio físico como mental), esto ocurre porque las situaciones de fatiga hacen que los vasos sanguíneos se dilaten, mostrando un color diferente al resto de la piel y provocando mayor contraste, lo que en la parte de las ojeras, al tratarse de una zona de piel tan fina, resulta más visible.

Tabla 31: Efectividad del patrón del sueño

Efectividad del patrón del sueño	Número	Porcentaje
Descanso	0	0,0%
Termina cansado	4	26,7%
Somnolencia	11	73,3%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 entrevistando que corresponde al 100%, 11 pacientes que representan 73.3% presentan somnolencias, ante esto (Berumen, Macías, & Bernal, 2016) menciona la somnolencia excesiva durante el día (sin una causa conocida) puede ser un signo de un trastorno del sueño, la depresión, la ansiedad, el estrés y el aburrimiento pueden contribuir a una somnolencia excesiva, sin embargo, estas afecciones con mucha frecuencia causan fatiga y apatía.

Tabla 32: Ayuda para conciliar el sueño

Ayuda conciliar el sueño	Número	Porcentaje
Fármacos	7	46,7%
Relajación	0	0,0%
Medidas naturales	0	0,0%
Ninguna	8	53,3%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 entrevistados que corresponden al 100%, 8 pacientes que representan el 53.3% no consumen ningún fármaco para conciliar el sueño, ante esto Isabel Torrens en su artículo “Prevalencia de insomnio y características de la población insomne de una zona básica de salud de Mallorca (España)” afirma los beneficios clínicos de estos fármacos son solo a corto plazo, ya que si se toman de forma continuada pueden empeorar la calidad del sueño, y ocasionar efectos adversos significativos, especialmente en ancianos, como aumento de cuadros depresivos, caídas, fracturas, y mayor mortalidad, los médicos de familia deben considerar el uso de las intervenciones no farmacológicas a la hora de abordarlo, ya que tienen pocos efectos secundarios, y a largo plazo producen una mejoría más consistente que los tratamientos farmacológicos (Torrens, Arguelles, Lorente, & otros, 2019).

NECESIDAD: 6 VESTIRSE/DESVESTIRSE

Tabla 33:Aspecto general

Aspecto	Número	Porcentaje
Adecuado	2	13,3%
Exagerado	3	20,0%
Descuidado	10	66,7%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 entrevistados que corresponde el 100%, 10 pacientes que representan el 66.7% tiene su aspecto general descuidado, ante esto el (Ministerio de Salud Pública, 2017) menciona la posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se suele plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en

el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas.

Tabla 34: Percepción personal vestuario

Percepción vestuario	Número	Porcentaje
Ajustado a la realidad	8	53,3%
Confuso	7	46,6%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 encuestados correspondientes al 100%, 7 pacientes que representan al 46.6% presentan un vestuario confuso, (RPP Noticias, 2016) menciona el bajón anímico de la depresión también hace mella en el estado físico, en primer lugar, en la imagen, porque la persona con depresión suele descuidar su aspecto físico, la higiene y la vestimenta.

Tabla 35: Disposición para vestirse y desvestirse

Disposición para vestirse y desvestirse	Número	Porcentaje
Con ayuda	9	60%
Solo	6	40%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 entrevistados que corresponde el 100%, 9 pacientes que representan

el 60% dependen de una persona para vestirse o desvestirse, ante esto (Mayo Clinic Family Health Bok, 2018) menciona recuerda que la depresión de tu ser querido no es culpa de nadie, no puedes solucionar la depresión de la persona, pero tu apoyo y tu comprensión pueden ayudar.

Necesidad: 7 Termorregulación

Tabla 36: Temperatura

Temperatura	Numero	Porcentaje
36.6°c	11	73,3%
37°c	4	26,7%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 encuestados correspondientes al 100%, 11 pacientes que representan el 73.3% mantiene una temperatura de 36.6°c, José Vallejo en su artículo “Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN” menciona la necesidad de la persona de mantener la Temperatura corporal dentro de los límites normales según haga frío o calor, adecuando la ropa y modificando el ambiente, se persigue promover la salud a través de actividades que permitan mantener la temperatura en cifras normales, actuar ante las alteraciones de Temperatura corporal relacionadas con enfermedades, y prevenir complicaciones derivadas de éstas (Bellido & Lendínez, 2016).

Tabla 37: Signos asociados

Signos asociados	Numero	Porcentaje
Escalofríos	5	33,3%
Deshidratación	0	0,0%
Sudoración	2	13,3%

Calor	0	0,0%
Ninguna	8	53,3%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 encuestados que corresponden al 100%, 8 pacientes que representan el 53.3% no presenta ningún signo asociado a la de su diagnóstico, María Sánchez en su investigación “Depresión” menciona los antidepresivos se utilizan para corregir desequilibrios en los niveles de las sustancias químicas del cerebro, especialmente la serotonina, un químico cerebral que transmite mensajes en el área del cerebro que controla las emociones, la temperatura corporal, el apetito, los niveles hormonales el sueño y la presión sanguínea (Sánchez, 2020).

NECESIDAD: 8 HIGIENE/PIEL

Tabla 38: Aspecto General

Aspecto General	Numero	Porcentaje
Adecuado	10	66,7%
Descuidado	5	33,3%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 entrevistados que corresponden el 100%, 10 pacientes que representan el 66.7% se puede observar un adecuado aspecto general, mientras tanto Carlos Martínez en su artículo “Depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Escuela Universitario de Honduras” menciona una buena higiene personal, silencio, iluminación y ventilación adecuada pueden reducir potencialmente los niveles de ansiedad y depresión (Martínez, Mejía, & Landa, 2021).

Tabla 39: Estado de la pie y mucosas

Estado de la pie y mucosas	Numero	Porcentaje
Integra	3	20%
Ictérica	3	20%
Palidez	9	60%
Deshidratada	0	0%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 encuestados correspondientes al 100%, 9 pacientes que representan el 60% presentan palidez ante esto, Sonia Rodríguez en sus investigación “La higiene en los pacientes hospitalizados por parte de Enfermería” afirma que la higiene del paciente hospitalizado se realiza con la finalidad de preservar la piel y las mucosas en buen estado, de esta manera conseguimos que lleven a cabo su función protectora correctamente, higiene del enfermo es fundamental para la prevención de multitud de complicaciones como son infecciones, úlceras por presión, además durante su realización se contribuye a mejorar el bienestar del paciente, tanto físico como psíquico, durante el lavado, debemos prestar atención y valorar el aspecto de la piel, vigilar la aparición de heridas o zonas de presión, de esta manera estimularemos y protegeremos la piel (Rodríguez, Jara, & Espina, 2017)

Tabla 40: Lesiones de la piel

Lesiones de la piel	Numero	Porcentaje
Cortes	5	33,3%
Quemaduras	2	13,3%
Eritemas	4	26,7%
Traumatismo	3	20, %
Úlceras	1	6,7%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 entrevistados que corresponden el 100%, 5 pacientes que representan

el 33.3% muestran cortes, ante esto (Mayo Clinic Family Health Bok, 2018), menciona la autolesión no suicida, a menudo denominada autolesión, es el acto de dañarse deliberadamente el propio cuerpo, como cortarse o quemarse, normalmente, no pretende ser un intento de suicidio, en cambio, este tipo de autolesión es una forma dañina de enfrentar el dolor emocional, la ira intensa y la frustración.

Tabla 41: Tipo de ayuda/ Higiene

Ayuda/ Higiene	Numero	Porcentaje
Solo	6	40%
Con ayuda	9	60%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 entrevistados que corresponden el 100%, 9 pacientes que representan el 60% dependían de alguna persona ante esto, Enrique Berumen en su artículo” Incidencia de depresión y factores asociados en pacientes hospitalizados del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.” menciona que el 89% de los pacientes estaban acompañados por un familiar o amigo durante su estancia hospitalaria, por lo que se concluyó que esto no es un factor relevante en la prevalencia de depresión (Berumen, Macías, & Bernal, 2016).

NECESIDAD: 9 SEGURIDAD

Tabla 42: Días Hospitalizados

Días Hospitalizados	Numero	Porcentaje
1 a 10 días	4	26,7%
11 a 15 días	3	20,0%
16 a 20 días	6	40%
21 a 30 días	2	13,3%

Total	15	100, %
-------	----	--------

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 entrevistados que corresponden al 100%, 6 pacientes que representan el 40% han ingresado por lo menos una vez al hospital, ante esto Enrique Berumen en su artículo "Guadalajara Fray Antonio Alcalde." menciona en lo referente a los días de hospitalización, los resultados se debieron a que la mayoría de los pacientes han presentados ingresos de 1-18 de hospitalización, por el análisis estadístico se concluyó que el tiempo de hospitalización prolongado no influye en la aparición de trastornos depresivos mentales (Berumen, Macías, & Bernal, 2016).

Tabla 43: Nivel de Conciencia

Nivel de Conciencia	Numero	Porcentaje
Consiente	5	33,3%
Orientado	5	33,3%
Confuso	2	13,3%
Desorientado	3	20,0%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 encuestados que corresponden el 100%, 3 pacientes que representan el 20% mantiene una conciencia desorientada, (Organización Mundial de la Salud, 2019)

Afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación.

Tabla 44: Estado de animo

Estado de animo	Numero	Porcentaje
Ansioso	1	6,7%
Irritado	3	20,0%
Triste	5	33,3%
Agresivo	2	13,3%
Melancólico	3	20,0%
Eufórico	1	6,7%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 entrevistados que corresponden al 100%, 5 pacientes que representan el 33.3% presentan un estado de ánimo de tristeza ante esto, Enrique Berumen en su artículo” Incidencia de depresión y factores asociados en pacientes hospitalizados del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.” menciona dentro de las características del cuadro clínico se encuentra la tristeza, indiferencia, apatía o irritabilidad, suele asociarse a alteraciones en los patrones de sueño, apetito o peso corporal; agitación o retardo motor; fatiga, perdida de la capacidad de concentración y de decisión; sensación de culpa o vergüenza; pensamientos relacionados con la muerte (Berumen, Macías, & Bernal, 2016).

Tabla 45: Conductas peligrosas

Conductas peligrosas	Numero	Porcentaje
Impulsividad	2	13%
Inquietud	1	7%
Ninguno	12	80%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 encuestados que corresponden al 100%, 12 pacientes que representan el 80% no presenta ninguna conducta peligrosa, (JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN - CONSEJERÍA DE SANIDAD, 2018) afirma las personas que sufren una depresión

mayor tienen un mayor riesgo de suicidio que el resto de la población, en especial cuando se acompañan de algún factor de riesgo como se refiere a continuación: antecedentes de intentos de suicidio previos y suicidio en la familia, padecer otros trastornos psiquiátricos, aislamiento social (vivir sólo, estar soltero, desempleado, falta de apoyo familiar), impulsividad, desesperanza, etc.

Tabla 46: Alteración del contenido de la conciencia

Alteración de la conciencia	Numero	Porcentaje
Alteración de la identidad del yo	2	13,3%
Des realización	2	13,3%
Des personalidad	2	13,3%
Percepción amenazante del entorno	2	13,3%
Alteración del contenido del pensamiento/ suicidio	7	46,6%
Total	15	100,%

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 entrevistados que corresponde al 100%, 7 pacientes que representan el 46% tienen alteraciones del contenido del pensamiento/suicidio, ante esto (Martínez, Mejía, & Landa, 2021) menciona la ideación de muerte, los deseos de muerte, las ideas más o menos explícitas de muerte, y el riesgo de suicidio o de intentos de suicidio, son elementos presentes en los Síndromes Depresivos y en gran parte de los Síndromes psicopatológicos en general, el riesgo de suicidio de un paciente es mayor durante el episodio de depresión mayor y en el período de remisión parcial, cuando se considera que la inhibición del paciente va remitiendo.

Tabla 47: Alteración de la percepción

Alteración de la percepción	Numero	Porcentaje
------------------------------------	---------------	-------------------

Auditivas	2	13,3%
Visuales	2	13,3%
Gustativas	0	0,0%
Táctiles	0	0,0%
Ninguno	11	73,3%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 entrevistados que corresponde el 100%, 2 pacientes que presentan el 13,3% presentan alteraciones auditivas, ante esto Alberdi Sudupe en su artículo “Depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital General” menciona en las depresiones de intensidad grave pueden manifestarse síntomas psicóticos, es decir, síntomas en los que la distorsión del criterio de realidad compartido entre las personas de un mismo entorno cultural sufre tal grado de distorsión, que el modo de pensar adquiere características de delirio, pueden presentarse alucinaciones auditivas (Sudupe & Diaz, 2017).

Tabla 48: Hábitos tóxicos

Hábitos tóxicos	Numero	Porcentaje
Tabaco	3	20,0%
Alcohol	3	20,0%
Drogas	4	26,7%
Medicamentos	0	0,0%
Ninguno	5	33,3%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 entrevistados que corresponde al 100%, el 26.7%, el 20% consumen sustancias psicotrópicas, Diego Calderón en su artículo “Epidemiología de la depresión en el adulto mayor” afirma que el uso de alcohol y drogas se utiliza para aliviar el estado

de ánimo ya que es común en todas las personas, pero se asocia especialmente, con el incremento de la comorbilidad psiquiátrica, ansiedad y trastornos de personalidad (Calderón, Epidemiología de la depresión en el adulto mayor, 2018).

NECESIDAD: 10 COMUNICACIÓN

Tabla 49: Estado de animo

Estado de animo	Ninguno	Porcentaje
Tranquilo	0	0%
Ansioso	2	13%
Nervioso	2	13%
Eufórico	2	13%
Preocupado	3	20%
Tiste	6	40%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 entrevistados que corresponden al 100%, 6 pacientes que representan el 40% presentan un estado de animo triste, ante esto el Ministerio de Salud Pública menciona la depresión es un trastorno mental episódico y/o recurrente que se presenta como un síndrome o agrupación de síntomas predominantemente afectivos como: tristeza, apatía, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, energía disminuida, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, los mismos que configuran una afectación global de la vida en el ámbito psíquico y físico ,a diferencia de las variaciones habituales que suscita el estado de ánimo o las respuestas emocionales de tristeza que experimentan las personas ante diversas experiencias de la vida cotidiana (por ejemplo, la pérdida de un trabajo, problemas familiares o de pareja, la muerte de un ser querido, etc.), la depresión se configura como un trastorno cuando estos sentimientos se extienden en el tiempo (como mínimo dos semanas o más), volviéndose crónicos o recurrentes e

interfiriendo con la habilidad de llevar a cabo las actividades de la vida diaria (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Tabla 50: Organización del pensamiento- Lenguaje

Organización del pensamiento- lenguaje	Numero	Porcentaje
Coherente	8	53%
Delirante confuso	4	27%
Confuso	3	20%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 encuestados que corresponden al 100%, 4 pacientes que representan el 27% mantienen un lenguaje delirante confuso, Manuel Zambrano en su investigación “SEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA” menciona la exageración del lenguaje hablado por aumento de su productividad (hablar incesante) y, frecuentemente, coincidente con una aceleración del tempo psíquico; se presenta en las excitaciones psicomotrices y en las crisis maníacas, también en la embriaguez alcohólica (Zambrano, 2016).

Tabla 51: Disposición para expresarse

Disposición para expresarse	Numero	Porcentaje
Fluida	2	13%
Insulsez	3	20%
Poca sintonización	0	0%
Conversación aburrida	8	53%
Grosera	2	13%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 entrevistados que corresponden el 100%, 8 pacientes que representan

el 53% se puede observar que mantiene una conversación aburrida, Rojas en su artículo “El examen psiquiátrico del paciente” menciona el paciente psiquiátrico, especialmente, ha aprendido que es más seguro no comunicar a los otros aquello que le es importante, pero el deseo de comunicarse persiste; y todo el tiempo va a existir en él una lucha entre estas dos tendencias: Comunicarle el otro –No comunicarle al otro (Rojas, 2016).

Tabla 52: Identidad sexual

Identidad sexual	Numero	Porcentaje
Heterosexual	14	93%
Homosexual	1	7%
Otros	0	0%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 encuestados que corresponden al 100%, 14 pacientes que representan el 93% tiene un apego heterosexual, Jeremy Luk en su trabajo investigativo “Orientación sexual y depresión en adolescentes” afirma los esfuerzos de prevención de los síntomas depresivos entre los adolescentes de minorías sexuales, es importante entender si las disparidades de orientación sexual en los síntomas depresivos aumentan, disminuyen o permanecen estables durante la transición de desarrollo crítica desde la adolescencia a la edad adulta (para determinar el momento adecuado para los programas de prevención) e identificar los factores que pueden explicar por qué existen estas disparidades (para determinar objetivos de intervención) .

(Luk, Gilman, Haynie, & otros, 2018)

NECESIDAD: 11 CREENCIAS Y VALORES

Tabla 53: Religión que profesa

Religión	Numero	Porcentaje
-----------------	---------------	-------------------

Católico	11	73%
Evangélico	4	27%
Otros	0	0%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021
Elaboración propia

Análisis: De los 15 encuestados correspondientes al 100%, 11 pacientes que representan el 73% son de religión católica, Lorena Gallardo en sus investigación “Participación religiosa y depresión en personas mayores de la región de arica y parinacota, Chile” menciona que solo la combinación de creencia y práctica religiosa se relaciona con menor incidencia de síntomas de depresión, además, la pertenencia a una religión de alto coste no constituye un factor de protección frente a los síntomas de depresión, si se compara con el grupo de personas mayores no religiosas, además ponen de manifiesto que el tipo de religión se asocia con la incidencia de trastornos depresivos, siendo estos menos frecuentes entre las personas mayores católicas (Gallardo & Sánchez, 2016).

Tabla 54: Problemas emocionales

Problemas emocionales	Numero	Porcentaje
Falta de ilusión	8	53%
Desesperanza	6	40%
Ideas suicidas	1	7%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021
Elaboración propia

Análisis: De los 15 entrevistados que corresponden al 100%, 1 paciente que corresponde al 7% a presentado ideas suicidas, (Calderón, Epidemiología de la depresión en el adulto mayor, 2018) menciona que los trastorno depresivo mayor recurrente fue un factor de riesgo muy fuerte para el suicidio, al igual que el trastorno por uso de sustancias, un riesgo elevado

también se asoció con trastorno depresivo menor, trastorno distímico, trastorno psicótico, trastorno depresivo mayor de un solo episodio y trastorno de ansiedad.

NECESIDAD: 12 TRABAJAR/ REALIZARSE

Tabla 55: Instrucción Escolar

Instrucción Escolar	Numero	Porcentaje
Primaria	3	20%
Secundaria	7	47%
Bachillerato	2	13%
Tercer nivel	2	13%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 entrevistados que corresponden al 100%, 7 pacientes que representan el 47% son de una instrucción escolar secundaria ante esto, Enrique Berumen en su artículo” Incidencia de depresión y factores asociados en pacientes hospitalizados del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.” menciona los índices más altos de depresión se observaron en individuos con educación básica en nivel primaria mostrándose una relación inversamente proporcional entre la aparición de depresión y el nivel educativo elevado, la baja incidencia de depresión en niveles académicos superiores, puede explicarse por qué durante la vida académica, los individuos son preparados para responder a las necesidades de su entorno, desarrollan capacidades para la elaboración de soluciones frente a problemas reales, por lo tanto, al encontrarse en situaciones como la hospitalización, permanecen con una perspectiva más amplia con la consideración de riesgos y beneficios de su condición actual (Berumen, Macías, & Bernal, 2016).

Tabla 56: Actividad que realiza

Actividad	Numero	Porcentaje
Vender	2	13%

Pintar	1	7%
Trabajar	12	80%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 encuestados que corresponden al 100%, 12 pacientes que representan el 80% su mayor tiempo lo utilizan en trabajar, (Gobierno de México, 2018) menciona el estrés laboral es identificado como un grupo de reacciones emocionales, psicológicas, cognitivas y conductuales ante exigencias profesionales que sobrepasan los conocimientos y habilidades del trabajador para desempeñarse de forma óptima, (Por ejemplo, puede sentir tensión muscular, aumento de presión sanguínea y ritmo cardiaco; miedo, irritabilidad, enojo, depresión; presentar atención disminuida, dificultad para solucionar problemas, disminuir su productividad, entre otros síntomas.

NECESIDAD: 13 OCIO

Tabla 57: Número horas de Ocio a la semana

Horas de ocio	Número	Porcentaje
0 a 2 horas	13	87%
3 a 4 horas	1	7%
5 a 8horas	1	7%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 encuestados correspondientes al 100%, 13 pacientes que representan el 87%, 2 horas dedican su tiempo a actividades de ocio, Yuval Ben en su investigación “¿Por qué es tan importante el tiempo libre para la salud física y mental?” menciona es importante entender que el tiempo libre no significa sentarse a hacer nada, eso puede ser tan dañino como estar con estrés laboral, tener tiempo de ocio significa dedicarle horas a

actividades creativas, sociales, lúdicas que no generan un estrés adicional, sino más bien placer, tener tiempo libre es indispensable para las personas, sobre todo cuando es invertido en contribuir a mantener u optimizar la salud (mental y física), aliviar tensiones o fortalecer relaciones (Ben, 2020).

Tabla 58: Preferencia del ocio

Preferencia del Ocio	Número	Porcentaje
Televisión	4	27%
Música	1	7%
Leer	1	7%
Dormir	3	20%
Ninguno	6	40%
Total	15	100%

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 entrevistados que corresponden el 100%, 6 pacientes que representan el 40% no realizan ninguna actividad referente al ocio, ante esto Patricia Cornejo en su artículo “El uso del ejercicio físico como intervención enfermera en pacientes con depresión leve y moderada” menciona la actividad física engloba al ejercicio físico, así como otras actividades que requieren movimiento del cuerpo como pueden ser las tareas domésticas, caminar, correr, nadar, bailar, etc (Cornejo, 2017).

Tabla 59: Respuestas ante situaciones estresantes

Situaciones estresantes	Número	Porcentaje
Somatización	12	80%
Inhibición	1	7%
Agitación	2	13%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 entrevistados que corresponden al 100%, 12 pacientes que representan el 80% presentan situación de somatización, ante esto Harold Muñoz en su artículo “Somatización: consideraciones diagnósticas” menciona la somatización, es el proceso mediante el cual las personas experimentan y expresan malestar emocional a través de síntomas físicos es uno de los mayores retos a los que se puede ver enfrentado un médico en su práctica médica cotidiana (Muñoz, 2016).

NECESIDAD: 14 APRENDER

Tabla 60: Circunstancias que influyen en el Aprendizaje

Influyen en el Aprendizaje	Número	Porcentaje
Limitaciones físicas	2	13%
Estado emocional	13	87%
Limitaciones cognitivas	0	0%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 entrevistados que corresponden al 100%, 13 pacientes que representan el 87% presentan problemas emocionales que dificultan el aprendizaje, ante esto Educaweb en su artículo “La importancia de las emociones en el proceso de aprendizaje, consejos para alcanzar los objetivos de estudio y estrategias para la autorregulación emocional” menciona los procesos de aprendizaje apuntan que la emoción y la cognición son inseparables, este vínculo se establece por múltiples razones, entre ellas, porque las emociones influyen en la capacidad de razonamiento, la memoria, la toma de decisiones y la actitud para aprender, por ello, se considera que las emociones forman parte del proceso de aprendizaje (Educaweb, 2021).

Tabla 61: Interés por Aprender

Interés por Aprender	Número	Porcentaje
Si	2	13%
No	13	87%
Total	15	100, %

Fuente: Guía de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson para pacientes con síndrome depresivo en el hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil.2020-2021

Elaboración propia

Análisis: De los 15 entrevistados que corresponden el 100%, 13 pacientes que representan el 87% no tiene interés por aprender ante esto, José Lorenzo en su artículo “Caracterización clínica y terapéutica del episodio depresivo en pacientes hospitalizados” menciona los síntomas de los pacientes diagnosticados con episodio depresivo, en la investigación los más frecuentes lo constituyeron la disminución de la atención y concentración, seguido de pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa e inutilidad (Lorenzo, Díaz, & Ordoñez, 2019).

3.5.PRIORIZACIÓN DE PROBLEMAS

Luego de la tabulación análisis e interpretación de la aplicación de la guía de valoración a los pacientes con síndrome depresivo en el Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil se priorizará los problemas más relevantes que presentan los pacientes.

Las 14 necesidades de Virginia Henderson.

NECESIDAD AFECTADA	PROBLEMA
1: RESPIRAR NORMALMENTE	Capacidad para respirar: Bradipnea 33,3% Taquipnea 26,7% Alteraciones psicológicas: Miedo 33,3%
2: ALIMENTACIÓN HIDRATACIÓN	Apetito: Disminuido 80% Síntomas Digestivos: Náuseas 46,7% Necesidad para Alimentarse: Con ayuda 33,3%
3: ELIMINACIÓN	Alteraciones intestinales: Estreñimiento 46,7% Alteraciones urinarias Nicturia 46,7% Recursos que le ayudan a la eliminación: Fármacos/laxantes 27%
4: MOVILIZACION	Situación Habitual: Encamado 46,7% Ejercicio Físico Habitual: Incapacidad psíquica 33,3% Alteraciones Motoras: Temblores 20%
5. SUEÑO DESACANSO	Cuántas horas duerme: 4-6 horas 66.7%

	<p>Cambios en el patrón del sueño: Dificultad para conciliar el sueño 60%</p> <p>Aparición de signos físicos: Ojeras 66.95</p> <p>Efectividad del patrón del sueño: Somnolencia 73.3%</p> <p>Ayuda para conciliar el sueño: Fármacos 46.7%</p>
6: VESTIRSE/DESVERTIRSE	<p>Aspecto general: Descuidado 66.7%</p> <p>Percepción personal vestuario: Confuso 46.6%</p>
7: TERMOREGULACIÓN	<p>Signos asociados: Escalofríos</p>
8: HIGIENE/PIEL	<p>Aspecto general: Descuidado 33.3%</p> <p>Estado de la piel y mucosas: Palidez 60%</p> <p>Lesiones de la piel: Cortes 33,3% Eritemas 26,7%</p> <p>Tipo de ayuda/ higiene: Con ayuda 60%</p>
9: SEGURIDAD	<p>Días hospitalizados: 16 a 20 días 40%</p> <p>Nivel de conciencia: Desorientado 20%</p> <p>Estado de ánimo: Triste 33.3% Irritable 20%</p> <p>Alteración del contenido de la conciencia: Alteración del contenido del</p>

	<p>pensamiento/suicidio 46.6%</p> <p>Hábitos tóxicos:</p> <p>Drogas 26.7%</p>
10: COMUNICACIÓN	<p>Estado de ánimo:</p> <p>Triste 40%</p> <p>Organización del pensamiento-lenguaje:</p> <p>Delirante-confuso 27%</p> <p>Disposición para expresarse:</p> <p>Conversación aburrida 53%</p>
11: CREENCIAS Y VALORES	<p>Problemas emocionales:</p> <p>Falta de ilusión 53%</p> <p>Desesperanza 40%</p>
13: OCIO	<p>Respuestas ante situaciones estresante:</p> <p>Somatización 80%</p>
14: APRENDER	<p>Circunstancias que influyen en el aprendizaje:</p> <p>Estado emocional 87%</p> <p>Interés por aprender:</p> <p>No 87%</p>

PRIORIZACION DE PROBLEMAS

LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON.	PROBLEMA	ETIQUETA DIAGNOSTICA
RESPIRAR NORMALMENTE	Bradipnea 33,3% Alteraciones psicológicas: Miedo 33,3%	Temor relacionado con el entorno desconocido manifestado por bradipnea y sensación de temor.
ALIMENTACIÓN HIDRATACIÓN	Apetito: Disminuido 80% Síntomas Digestivos: Náuseas 46,7%	Desequilibrio nutricional relacionado con ingesta insuficiente de alimentos manifestado por apetito disminuido y nauseas.
ELIMINACIÓN	Alteraciones intestinales: Estreñimiento 46,7% Alteraciones urinarias Nicturia 46,7%	Estreñimiento relacionado con depresión manifestado por disminución de la frecuencia de defecar. Deterioro de la eliminación urinaria relacionado con el estado depresivo manifestado por nicturia.
	Situación Habitual: Encamado 46,7% Ejercicio Físico Habitual:	Deterioro de la movilidad física relacionado con

MOVILIZACION	Incapacidad psíquica 33,3%	depresión manifestado por incapacidad psíquica.
SUEÑO DESCANSO	Cambios en el patrón del sueño: Dificultad para conciliar el sueño 60% Efectividad del patrón del sueño: Somnolencia 73.3% Ayuda para conciliar el, sueño: Fármacos 46.7%	Patrón de sueño alterado relacionado con factores estresores manifestado por dificultad para permanecer dormido.
VESTIRSE/DESVERTIRSE	Aspecto general: Descuidado 66.7% Percepción personal vestuario: Confuso 46.6%	Descuidado personal relacionado por incapacidad para mantener el control y temor a la institucionalización manifestado por higiene personal insuficiente.
HIGIENE/PIEL	Tipo de ayuda/ higiene: Con ayuda 60%	Déficit de autocuidado relacionado con disminución en la motivación y ansiedad manifestado deterioro de la capacidad para lavarse

		y secarse el cuerpo.
SEGURIDAD	Días hospitalizados: 16 a 20 días 40% Estado de ánimo: Triste 33.3% Alteración del contenido de la conciencia: Alteración del contenido del pensamiento/suicidio 46.6%	Deterioro de la regulación del estado de ánimo relacionado con pensamientos recurrentes sobre el suicidio manifestado por actitud triste.
COMUNICACIÓN	Estado de ánimo: Triste 40%	Deterioro de la comunicación verbal relacionado con trastornos emocionales manifestado por dificultad para mantener la comunicación.
CREENCIAS Y VALORES	Problemas emocionales: Falta de ilusión 53% Desesperanza 40%	Sufrimiento espiritual relacionado con baja autoestima manifestado por insuficiente sentido de vida percibido y desesperanza.
OCIO	Respuestas ante situaciones estresante: Somatización 80%	Disminución del compromiso de actividad recreativa relacionado

		con motivación insuficiente manifestado por alteración del estado de ánimo y somatización.
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------

3.6.PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA CON Y SIN LA APLICACIÓN DEL MODELO DE HILDEGARD PEPLAU

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN CON EL MODELO DE HILDEGARD

PEPLAU.

Diagnóstico de enfermería: Temor r/c el entorno desconocido m/p cambio en la frecuencia respiratoria y sensación de temor.			
Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.			
DOMINIO: 9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés	CLASE: 2 Respuestas de Afrontamiento	ETIQUETA DIAGNOSTICA: Temor	CODIGO: 00148
NOC	NIC	Ejecución (principio científico)	Evaluación
Autocontrol del miedo (1404) <ul style="list-style-type: none"> Planea estrategias para superar las situaciones temibles (14045) P.I: 3 (A veces demostrado) P.D: 4 (Frecuentemente demostrado) Mantiene el sentido del propósito a pesar del miedo (140115) P.I: 4 (Frecuentemente 	Control del estado de ánimo (5330) <ul style="list-style-type: none"> Enseñar nuevas técnicas de afrontamiento y de resolución de problemas. Ayudar al paciente a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes al estado de ánimo disfuncional. Ayudar al paciente a anticiparse y afrontar los 	El temor se debe a la baja capacidad de control y predicción, movilizand o una serie de reacciones fisiológicas se cómo aumento o disminución de la presión cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, sudoración, dilatación de pupilas, descenso de la temperatura corporal, aumento de conductancia de la piel, aumento del tono muscular (Miranda, Christello, Portello, & otros., 2015).	S Paciente refiere mejorar el estado de ánimo y poco a poco a controlado el miedo. O Paciente controla el miedo y mejora la capacidad de afrontamiento. Planea estrategias para superar las situaciones temibles (14045)

<p>demostrado) P.D 5 (Siempre demostrado)</p>	<p>cambios de su vida (nuevo trabajo, baja laboral, nuevos amigos.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrar medicamentos estabilizadores del estado de ánimo (antidepresivos, litio, ansiolíticos, antipsicóticos). <p>Distracción (5900)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al individuo a elegir la técnica de distracción como música, conversaciones y fotografías de sucesos positivos. • Identificar con el paciente una lista de actividades placenteras. • Fomentar la participación de la familia en actividades de distracción. 	<p>Al utilizar el tiempo libre de forma creativa, desarrollando capacidades, favoreciendo el equilibrio personal y enriqueciendo nuestra experiencia, estamos llenando de contenido nuestra vida y dando al ocio una dimensión de enriquecimiento personal (Menni, 2019).</p>	<p>P.F: 4 (Frecuentemente demostrado) Mantiene el sentido del propósito a pesar del miedo (140115) P.F: 5 (Siempre demostrado) A se fortalece en los pacientes la capacidad de afrontamiento sobre los cambios de la vida, se favorece las expresiones de sentimientos y emociones que ayuden a mejorar el estado de ánimo, a través de actividades placenteras y de distracción como la</p>
---------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Mejorar el afrontamiento (5230)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. • Alentar una actitud de esperanza, realista como forma de manejar los sentimientos de importancia. • Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador. • Proporcionar un ambiente de aceptación. <p>“Hildegard Peplau considera que el actuar de la enfermera consiste en atender las necesidades psicológicas y alejarse de la orientación hacia la enfermedad. A través de la intervención de enfermería control del estado de ánimo, se cumple con la</p>	<p>La capacidad de afrontamiento no solo consiste en la resolución práctica de los problemas, sino también la capacidad de la gestión de las emociones y del estrés delante de la situación o un problema (Castagnetta, 2018).</p>	<p>conversación, la participación de la familia y del propio paciente en su recuperación.</p> <p>Crear un ambiente tranquilo y acogedor, donde prevalece los sentimientos de importancia, esperanza y sobre todo la aceptación.</p> <p>Se administra medicación para controlar el estado de ánimo bajo prescripción médica.</p> <p>P Mejorar la participación de la familia en la recuperación del</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	fase dos de la relación enfermera paciente en la que se identifica las necesidades emocionales del paciente para ser tratadas”.		paciente a través de actividades de distracción que permita mejorar el estado de ánimo y superar el miedo a los cambios.
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN: TEMOR (SIN EL MODELO)

Diagnóstico de enfermería: Temor r/c el entorno desconocido m/p cambio en la frecuencia respiratoria y sensación de temor.			
Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.			
DOMINIO: 9 Afrontamiento/ tolerancia al estrés	CLASE: 2 Respuestas de Afrontamiento	ETIQUETA DIAGNOSTICA: Temor	CODIGO: 00148
NOC	NIC	Ejecución (principio científico)	Evaluación
Autocontrol del miedo (1404) <ul style="list-style-type: none"> Mantiene el sentido del propósito a pesar del miedo (140115) P.I: 4 (Frecuentemente demostrado) P.D 5 (Siempre demostrado) 	Control del estado de ánimo (5330) <ul style="list-style-type: none"> Ayudar con el autocuidado si es necesario. Ayudar a la administración de la fototerapia para levantar el estado de ánimo. Administrar medicamentos estabilizadores del estado de ánimo (antidepresivos, litio, ansiolíticos, antipsicóticos). Mejorar el afrontamiento (5230)	El temor se debe a la baja capacidad de control y predicción, movilizand una serie de reacciones fisiológicas se cómo aumento o disminución de la presión cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, sudoración, dilatación de pupilas, descenso de la temperatura corporal, aumento de conductancia de la piel, aumento del tono muscular (Miranda, Christello, Portello, & otros., 2015). La capacidad de afrontamiento no	S Paciente refiere temor frente a los cambios en su salud y mantiene las preocupaciones de la situación actual. O Paciente no logra superar sus miedos y mantiene ideas lejanas a los propósitos personales. Mantiene el sentido del propósito a pesar del miedo (140115) P.F: 4 (Frecuentemente demostrado) A Se realiza actividades

	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. • Alentar una actitud de esperanza, realista como forma de manejar los sentimientos de importancia. • Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador. • Proporcionar un ambiente de aceptación. 	<p>solo consiste en la resolución práctica de los problemas, sino también la capacidad de la gestión de las emociones y del estrés delante de la situación o un problema (Castagnetta, 2018).</p>	<p>que mejoren el estado de animo como promover el autocuidado, mejorar el afrontamiento, favorecer la fototerapia y minimizar los factores externos.</p> <p>P establecer el origen del miedo a través de una relación terapéutica entre el personal de salud y el paciente</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN CON EL MODELO DE HILDEGARD

PEPLAU.

Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c ingesta insuficiente de alimentos m/p aversión por la comida.			
Definición: Ingesta insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas			
DOMINIO: 2 Nutrición	CLASE: 1 Ingestión	ETIQUETA DIAGNOSTICA: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	CODIGO: 00002
NOC	NIC	Ejecución (principio científico)	Evaluación
Estado nutricional (1004) <ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de alimentos (100402) P.I: 4 (desviación leve del rango normal) P.D: 5 (sin desviación del rango normal) • Hidratación (100411) P.I: 4 (desviación leve del rango normal). P.D: 5 (sin desviación del rango normal) 	Manejo de la nutrición (1100) Ayudar al paciente a determinar las directrices o las pirámides de alimentos más adecuadas para satisfacer las necesidades y preferencias nutricionales. Proporcionar un ambiente óptimo para el consumo de comidas ejemplo un ambiente limpio, bien ventilado, relajado y sin olores fuertes. Asegurar que la comida se sirva de forma atractiva y a la temperatura	Un buen estado nutricional es muy importante para la salud mental y para el mantenimiento de las conexiones cerebrales a fin de que las neuronas se mantengan sanas, protegidas y en equilibrio (Fitzgerald, 2020).	S Paciente refiere haber mejorado su apetito, ha consumido los alimentos en mayor cantidad que antes, considera que su comida es agradable y es consciente de la importancia de una alimentación saludable e hidratación. O Paciente mejora el estado nutricional Ingesta de alimentos (100402) P.F: 5 (sin desviación del rango normal) Hidratación (100411) P.F: 5 (sin desviación del rango normal) A enseñar al paciente sobre las

	<p>más adecuada para el consumo óptimo.</p> <p>Enseñar al paciente sobre los requisitos de la dieta en función de su enfermedad.</p> <p>Animar a la familia a traer alimentos favoritos del paciente mientras esta en el hospital.</p> <p>Asesoramiento nutricional (5246)</p> <p>Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</p> <p>Facilitar la identificación de las conductas alimenticias que se desea cambiar.</p> <p>Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.</p> <p>Comentar el significado de la comida para el paciente, gustos y aversión alimentaria.</p> <p>Ayudar al paciente a expresar</p>	<p>Se ha comprobado que una dieta balanceada está directamente relacionada con menos índices depresivos, pues los pacientes con depresión presentan falta de triptófano, que es un aminoácido que no produce el organismo, y que se encuentra en alimentos como el chocolate, carnes magras, huevos y almendras (Silva, 2020).</p>	<p>directrices y pirámide nutricional adecuada, se mantiene un ambiente agradable, a temperatura adecuada y una presentación atractiva para el consumo de los alimentos.</p> <p>P Buscar asesoría nutricional con un especialista en el tema.</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>sentimientos e inquietudes a cerca de la consecución de las metas.</p> <p>“A través de las intervenciones de enfermería de asesoramiento y manejo nutricional en los pacientes con depresión se busca la orientación de la enfermera hacia el paciente en reconocer y comprender su problema de salud para determinar los cuidados nutricionales, dietas y modificaciones en los patrones de alimentación, según Hildegard Peplau”</p>		
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN: DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL

(INGESTA INFERIOR ALAS NECESIDADES) (SIN EL MEDELO)

Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c ingesta insuficiente de alimentos m/p aversión por la comida.			
Definición: Ingesta insuficiente de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas			
DOMINIO: 2 Nutrición	CLASE: 1 Ingestión	ETIQUETA DIAGNOSTICA: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	CODIGO: 00002
NOC	NIC	Ejecución (principio científico)	Evaluación
Estado nutricional (1004) <ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de alimentos (100402) P.I: 4 (desviación leve del rango normal) P.D: 5 (sin desviación del rango normal) • Hidratación (100411) P.I: 4 (desviación leve del rango normal). P.D: 5 (sin desviación del rango 	Manejo de la nutrición (1100) Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. Identificar las alergias e intolerancias alimentarias del paciente. Administrar medicamentos antes de comer (analgésicos, antieméticos si es necesario).	Un buen estado nutricional es muy importante para la salud mental y para el mantenimiento de las conexiones cerebrales a fin de que las neuronas se mantengan sanas, protegidas y en equilibrio (Fitzgerald, 2020).	S paciente refiere consumir pocos alimentos, no presenta ningún gusto por alimentarse, pero es consciente de su problema nutricional. O paciente mejora el estado nutricional moderadamente Ingesta de alimentos (100402)

<p>normal)</p>	<p>Instruir sobre las necesidades nutricionales (es decir comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos).</p> <p>Asesoramiento nutricional (5246)</p> <p>Colocar folletos informativos llamativos de guías alimentarias en la habitación del paciente</p> <p>Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimentarios básicos, así como la percepción de la modificación necesaria de la dieta.</p> <p>Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lecturas de presión arterial o ganancias y pérdidas de peso según corresponda.</p>	<p>Se ha comprobado que una dieta balanceada está directamente relacionada con menos índices depresivos, pues los pacientes con depresión presentan falta de triptófano, que es un aminoácido que no produce el organismo, y que se encuentra en alimentos como el chocolate, carnes magras, huevos y almendras (Silva, 2020).</p>	<p>P.F: 4 (desviación leve del rango normal)</p> <p>Hidratación (100411)</p> <p>P.F: 4 (desviación leve del rango normal).</p> <p>A Se desarrollaron actividades para el manejo de la nutrición, como la identificación de alergias, intolerancias alimentarias y asesoría nutricional.</p> <p>Se administra medicación antes de comer, si es necesario.</p> <p>P búsqueda de asesoría nutricional de un especialista en el tema.</p>
----------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN SEGÚN EL MODELO DE HILDEGARD PEPLAU.

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la eliminación urinaria r/c el estado depresivo m/p nicturia.			
Definición: Disminución de la eliminación urinaria			
DOMINIO: Eliminación e intercambio	CLASE: 1 Función urinaria	ETIQUETA DIAGNOSTICA: Deterioro de la eliminación urinaria	CODIGO: 00016
NOC	NIC	Ejecución (principio científico)	Evaluación
<p>Eliminación urinaria (0503)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de líquidos (050307) P.I: 3 (moderadamente comprometido) P.D: 4 (levemente comprometido) • Micción frecuente (050331) P.I: 3 (moderadamente comprometido) P.D: 4 (levemente comprometido) 	<p>Manejo de la eliminación urinaria (0590)</p> <p>Monitorizar la eliminación urinaria incluyendo la frecuencia, consistencia, color y volumen según corresponda.</p> <p>Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.</p> <p>Enseñar al paciente a beber 250 ml de líquidos con las comidas, entre las comidas y al anochecer.</p>	<p>El sueño juega un papel básico en el bienestar físico y mental del individuo, por lo que la distorsión del sueño que cause la nocturia puede tener consecuencias sobre la salud (Hernandez, Pont, & Miranda, 2017).</p>	<p>S Paciente manifiesta que ha logrado controlar en forma progresiva la micción frecuente y la nicturia, explica y comparte su estado depresivo al respecto.</p> <p>O paciente disminuye notablemente la nicturia</p> <p>Ingesta de líquidos (050307) P.F: 5 (No comprometido)</p>

<p>comprometido)</p> <ul style="list-style-type: none"> Nicturia (050333) <p>P.I: 3 (moderadamente comprometido)</p> <p>P.D: 4 (levemente comprometido)</p>	<p>Cuidados de la incontinencia urinaria (0610)</p> <p>Monitorizar la eliminación urinaria incluyendo la frecuencia, consistencia, volumen y color.</p> <p>Limitar los líquidos durante 2 a 3 horas antes de irse a la cama según corresponda.</p> <p>Enseñar al paciente y a la familia, registrar la frecuencia miccional según corresponde.</p> <p>Poner en práctica programas de vaciamiento cronometrado (es decir pedir ayuda cada 2 horas mientras este despierto), o vaciado provocado, es decir animar al paciente a que solicite ayuda cuando necesite.</p> <p>Instruir sobre cómo realizar los ejercicios de Kegel para fortalecer los músculos del piso pélvico.</p> <p>Limitar la ingesta de productos</p>	<p>Los trastornos depresivos favorecen episodios de incontinencia urinaria de la misma forma que las pérdidas de orina contribuyen a la aparición de la depresión, el estrés y la ansiedad. Esto hace que los pacientes se vean envueltos en una espiral en la que van mermando su calidad de vida y van agudizando sus patologías (Instituto de Cirugía Urológica Avanzada, 2021).</p>	<p>Micción frecuente (050331)</p> <p>P.F: 5 (ninguno)</p> <p>Nicturia (050333)</p> <p>P.F: 5 (ninguno)</p> <p>A se le ayudo al paciente a manejar la eliminación urinaria, monitorizando la frecuencia, consistencia, olor y volumen de la misma, se le enseñó al paciente a identificar si hay signos y síntomas de retención urinaria.</p> <p>También se le indico al paciente a no tomar muchos líquidos antes de dormir</p> <p>Se le indico a poner en práctica el programa de vaciamiento cronometrado cuanto esta despierto a realizar ejercicios de Kegel para</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>irritantes para la vejiga ejemplo; refrescos, colas, cafés, te, etc.</p> <p>Ayudar a desarrollar y mantener un sentimiento de esperanza.</p> <p>Mejorar el sueño (1850)</p> <p>Comprobar el patrón del sueño del paciente y observar las circunstancias físicas(nicturia) o psicológicas (miedo, ansiedad) que interrumpan el sueño.</p> <p>“Para Hildegard Peplau, las experiencias psicobiológicas obligan a los pacientes a desarrollar respuestas destructivas o constructivas como respuesta a la necesidad de frustración, conflicto y ansiedad, cuyas condiciones fisiológicas se ven alteradas por la falta de capacidad de afrontamiento</p>	<p>Las medidas de higiene del sueño son una serie de recomendaciones acerca de conductas y hábitos deseables, así como modificaciones de las condiciones ambientales y otros factores relacionados, encaminados a mejorar la calidad del sueño de las personas que ya padecen de un trastorno del sueño como el insomnio, o que pueden emplearse como medidas para prevenir una alteración del sueño (Carrillo, Ramirez, & Magania, 2015)</p>	<p>fortalecer los músculos pélvicos.</p> <p>Se proporciono apoyo emocional y de esperanza para así mejorar su estado depresivo.</p> <p>Por medio de todas estas actividades de logro mejorar el sueño del paciente</p> <p>P: Continuar con el apoyo emocional para evitar que el paciente vuelva a tener problemas de eliminación urinaria.</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>en la depresión. Con la intervención de enfermería, manejo de la eliminación urinaria y cuidados de la incontinencia urinaria se minimiza las respuestas fisiológicas alteradas y mejorar las conductas e higiene de sueño”.</p>		
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA CON DEPRESIÓN: DETERIORO DE LA ELIMINACION URINARIA. (SIN EL MODELO)

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la eliminación urinaria r/c el estado depresivo m/p nicturia.			
Definición: Disminución de la eliminación urinaria			
DOMINIO: Eliminación e intercambio	CLASE: 1 Función urinaria	ETIQUETA DIAGNOSTICA: Deterioro de la eliminación urinaria	CODIGO: 00016
NOC	NIC	Ejecución (principio científico)	Evaluación
<p align="center">Eliminación urinaria (0503)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de líquidos (050307) P.I: 3 (moderadamente comprometido) P.D: 4 (levemente comprometido) • Micción frecuente (050331) P.I: 3 (moderadamente comprometido) P.D: 4 (levemente comprometido) • Nicturia (050333) P.I: 3 (moderadamente comprometido) P.D: 4 (levemente comprometido) 	<p align="center">Manejo de la eliminación urinaria (0590)</p> <p>Monitorizar la eliminación urinaria incluyendo la frecuencia, consistencia, color y volumen según corresponda.</p> <p>Anotar la hora de la última eliminación urinaria según corresponda.</p> <p>Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria.</p> <p>Enseñar al paciente a responder inmediatamente la urgencia urinaria, según corresponda.</p>	<p>El sueño juega un papel básico en el bienestar físico y mental del individuo, por lo que la distorsión del sueño que cause la nocturia puede tener consecuencias sobre la salud (Hernandez, Pont, & Miranda, 2017).</p>	<p>S Paciente manifiesta que no a logrado controlar la nicturia pese a las actividades realizadas</p> <p>O Paciente no logra controlar la eliminación urinaria</p> <p>Ingesta de líquidos (050307) PF: 4 (levemente comprometido)</p> <p>Micción frecuente (050331) PF: 4 (levemente comprometido)</p> <p>Nicturia (050333) PF;3 (moderadamente comprometido)</p> <p>A se le enseñó al paciente a monitorizar la eliminación urinaria como es la frecuencia consistencia, color olor y volumen a observar si hay signos y síntomas de retención</p>

	<p>Restringir líquidos, si procede.</p> <p>Cuidados de la incontinencia urinaria (0610)</p> <p>Identificar las causas multifactoriales que produce incontinencia (diuresis, patrón miccional, función cognitiva, problemas urinarios anteriores, residuo posmiccional y medicamentos).</p> <p>Monitorizar la eliminación urinaria incluyendo la frecuencia, consistencia, volumen y color.</p> <p>Instruir sobre cómo realizar los ejercicios de Kegel para fortalecer los músculos del piso pélvico.</p> <p>Limitar la ingesta de productos irritantes para la vejiga ejemplo; refrescos, colas, cafés, te, etc.</p> <p>Mejorar el sueño (1850)</p> <p>Identificar las medicaciones que el</p>	<p>Los trastornos depresivos favorecen episodios de incontinencia urinaria de la misma forma que las pérdidas de orina contribuyen a la aparición de la depresión, el estrés y la ansiedad. Esto hace que los pacientes se vean envueltos en una espiral en la que ven mermada su calidad de vida y ven agudizadas sus patologías (Instituto de Cirugía Urológica Avanzada, 2021).</p> <p>Muchos de los despertares pueden ser una manifestación de un cuadro de</p>	<p>urinaria a responder inmediatamente a la urgencia urinaria para evitar complicaciones además se indica evitar el consumo de líquidos antes del sueño</p> <p>Se le indico los cuidados sobre la incontinencia urinaria y también se administra medicamentos para mejorar el sueño del paciente alterado por la presencia de la nicturia.</p> <p>P: continuar con la valoración y seguimiento de la recuperación del paciente.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>paciente esta tomando para el sueño. Fomentar el uso de medicamentos para dormir que no tengan supresor (es) de la fase REM. Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día, noche, normales.</p>	<p>depresión no controlado, hoy en día existen mecanismos psicológicos que pueden ayudar a enfrentar mejor esas situaciones, siendo en el ultimo de los casos el consumo de medicamentos bajo prescripción médica (Acosta, Barrera, & López, 2017).</p>	
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN SEGÚN EL MODELO DE HILDEGARD PEPLAU.

Diagnóstico de enfermería: Estreñimiento r/c depresión m/p disminución de la frecuencia de defecar.			
Definición: Disminución de la frecuencia normal de la defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.			
DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio	CLASE: 2 Función gastrointestinal	ETIQUETA DIAGNOSTICA: Estreñimiento	CODIGO: 00011
NOC	NIC	Ejecución (principio científico)	Evaluación
Eliminación intestinal (0501) <ul style="list-style-type: none"> Facilidad de eliminación de las heces 050112 P.I:2 (sustancialmente comprometido) P.D: 4 (levemente comprometido). Estreñimiento (050110) P.I: 4 (leve) P.D: 5(ninguno) 	Manejo del estreñimiento /impactación fecal (0450) Enseñar al paciente/ familia para mantener un diario de comidas. Instruir al paciente y familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos. Evaluar la medicación para saber si hay efectos secundarios gastrointestinales Enseñar al paciente y familia los procesos digestivos normales.	Las personas con depresión también suelen sufrir malestar gastrointestinal debido a la escasez de serotonina en las neuronas del intestino ocasionando estreñimiento para lo cual se debe brindar recomendaciones como incrementar la ingesta de alimentos rico en fibra y abundante líquido (Margolis, 2019). Las personas con alto consumo de frutas y vegetales obtienen mayor puntuación en los test cognitivos,	S Paciente manifiesta que a mejorado la facilidad de la eliminación de las heces a través de las actividades realizadas y de esta manera su estado de ánimo ha mejorado notablemente. O: Paciente ha mejorado el estreñimiento Facilidad de eliminación de las heces 050112 PF: 5 (No comprometido)

	<p>Manejo de la nutrición (1100)</p> <p>Determinar el número de calorías y el tipo de nutrientes necesarios para satisfacer las necesidades nutricionales.</p> <p>Asegurarse que la dieta sea rica en fibra.</p> <p>Enseñar al paciente sobre las modificaciones dietéticas necesarias, ejemplo dieta soluta, dieta blanda, dieta líquida completa dieta que se tolere.</p> <p>“Según Hildegard Peplau la relación interpersonal entre el paciente y la enfermera, se evidencia en los cambios de la relación y los roles que desempeña la enfermera al plantear las intervenciones de enfermería como el manejo del estreñimiento y la nutrición para orientar al paciente la importancia de mejorar el tránsito</p>	<p>presentan menos síntomas depresivos, y disminuyen el riesgo de padecer depresión. La ingesta de beta caroteno, vitamina C, fibra y folato (nutrientes encontrados en frutas y vegetales) es menor en personas con depresión comparado con individuos sin depresión (Ontiveros, 2016)</p>	<p>Estreñimiento (050110)</p> <p>PF: 5(ninguno)</p> <p>A Para mejorar la eliminación fecal se le ha enseñado al paciente y familia a tener un diario de comidas. Se informa al paciente y familia que la alimentación, ejercicio y la ingesta de líquidos tiene una íntima relación para una adecuada digestión, se verificar que la medicación que se administra no esté ocasionando daños intestinales.</p> <p>Se enseña a manejar una buena nutrición a través del número de calorías que tienen los alimentos que ingieren.</p> <p>Se educa la importancia de consumir alimentos ricos en</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>intestinal con una adecuada dieta de amplia variedad y balanceada, entre otras necesidades fisiológicas que cumple el ser humano”.</p>		<p>fibra y nutrientes sanos para el cuerpo que ayuden a mejorar su estado nutricional y de esta manera mejora el estado de ánimo del paciente .</p> <p>P Asesoramiento nutricional y apoyo psicológico para mantener el equilibrio y el bienestar integral del paciente.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN: ESTREÑIMIENTO (SIN EL MODELO)

Diagnóstico de enfermería: Estreñimiento r/c depresión m/p disminución de la frecuencia de defecar.			
Definición: Disminución de la frecuencia normal de la defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.			
DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio	CLASE: 2 Función gastrointestinal	ETIQUETA DIAGNOSTICA: Estreñimiento	CODIGO: 00011
NOC	NIC	Ejecución (principio científico)	Evaluación
Eliminación intestinal (0501) <ul style="list-style-type: none"> Facilidad de eliminación de las heces (050112) P.I:2 (sustancialmente comprometido) P.D: 4 (levemente comprometido). Estreñimiento (050110) P.I: 4 (leve) P.D: 5(ninguno) 	Manejo del estreñimiento /impactación fecal (0450) Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento. Enseñar al paciente y familia el uso de laxantes si es necesario. Administrar enemas o irrigación según corresponda. Evaluar la medicación para saber si hay efectos secundarios gastrointestinales Enseñar al paciente y familia los	El uso de enemas permite despejar el recto y mejorar la función normal de tracto digestivo minimizando los signos y síntomas del estreñimiento (Garcia L. , 2015).	S: Paciente refiere que ha mejorado el estreñimiento de forma leve y considera que su estado de ánimo es el mismo O: Paciente no logra mejorar su estreñimiento Facilidad de eliminación de las heces (050112) PF:4 (levemente comprometido). Estreñimiento (050110) P.F: 4 (leve)

	<p>procesos digestivos normales.</p> <p>Manejo de la nutrición (1100)</p> <p>Aconsejar al paciente a sentarse en posición erguida, en la silla si es posible.</p> <p>Asegurarse que la dieta sea rica en fibra.</p> <p>Enseñar al paciente sobre las modificaciones dietéticas necesarias, ejemplo dieta soluta, dieta blanda, dieta líquida completa dieta que se tolere.</p>	<p>Adoptar una postura adecuada durante la comida permite el buen funcionamiento de todos los órganos con la espalda alineada, evitando los hombros muy alzados y contraídos, y separar los brazos del tronco, los pies apoyados en el suelo, mientras que las rodillas deben formar un ángulo recto y estar alineadas con la cadera (García J. , 2018).</p> <p>Las personas con alto consumo de frutas y vegetales obtienen mayor puntuación en los test cognitivos, presentan menos síntomas depresivos, y disminuyen el riesgo de padecer depresión. La ingesta de beta caroteno, vitamina C, fibra y folato (nutrientes encontrados en frutas y vegetales) es menor en personas con depresión comparado con individuos sin depresión (Ontiveros, 2016)</p>	<p>A se educa al paciente los signos y síntomas del estreñimiento, a utilizar laxantes, a evaluar la medicación que está ingiriendo el paciente debido a que puedan tener efectos secundarios.</p> <p>También se le indica sobre el manejo de una buena nutrición para mejor su estreñimiento.</p> <p>P Dar seguimiento al estado nutricional del paciente.</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN SEGÚN EL MODELO DE HILDEGARD PEPLAU.

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la movilidad física r/c depresión m/p incapacidad psíquica.			
Definición: Limitación del movimiento independiente intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.			
DOMINIO: 4 Actividad / reposo	CLASE: 2 Actividad/ ejercicio	ETIQUETA DIAGNOSTICA: Deterioro de la movilidad física	CODIGO: 00085
NOC	NIC	Ejecución (principio científico)	Evaluación
Deambulación segura (1926) <ul style="list-style-type: none"> • Parece contento con el entorno (192605) P.I: 3 (a veces demostrado) P.D:4 (frecuentemente demostrado). • Se distrae fácilmente (192612) P.I: 4 (frecuentemente demostrado) P.D: 3 (a veces demostrado) • Dice que quiere irse a casa (192617) P.I: 2 (Frecuentemente demostrado) P.D: 4 (raramente demostrado) 	Terapia de ejercicio: ambulación (0221) Colocar tarjetas con instrucciones en la cabecera de la cama para facilitar el aprendizaje acerca de los traslados. Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad. Animar al paciente a que este levantado según le apetezca si es apropiado. Terapia de entretenimiento (5360) Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas, coherentes con sus capacidades	El ejercicio físico estimula la producción de proteínas que reparan las neuronas y aumentan su proliferación, regula los niveles de serotonina y otros neurotransmisores, aumenta el flujo sanguíneo cerebral, estimula la liberación de endorfinas y otras sustancias químicas cerebrales naturales que pueden mejorar tu sensación de bienestar (Mayo Clinic, 2017).	S: Paciente manifiesta que su deambulación ya es más progresiva y no siente ese temor o inseguridad como antes. O paciente logra una deambulación segura y sin distracciones. Parece contento con el entorno (192605) PF: 5 (siempre demostrado) Se distrae fácilmente (192612)

	<p>físicas, psicológicas y sociales.</p> <p>Respetar las preocupaciones de seguridad.</p> <p>Vigilar las capacidades físicas y mentales del paciente mientras participe en actividades recreativas.</p> <p>Establecer nuevas actividades recreativas adecuadas a la edad y capacidad del paciente.</p> <p>Disponer actividades recreativas que tengan por objeto disminuir la ansiedad ejemplo cartas.</p> <p>Fomento del ejercicio 0200</p> <p>Determinar la motivación del individuo para empezar un programa de ejercicio.</p> <p>Enseñar al individuo técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción del oxígeno.</p> <p>Reforzar el programa de ejercicio para potenciar la motivación del paciente.</p> <p>“Según Hildegard Peplau en la relación</p>	<p>Las actividades creativas como las manualidades, hacer jardinería, dibujar o la práctica de algún instrumento no solo nutren culturalmente a las personas sino que también son una fuente de salud mental, con beneficios terapéuticos antidepresivos y hasta pueden ayudar a retardar el envejecimiento, a través de estas actividades se segrega la dopamina en el organismo que es una hormona neurotransmisora que regula el centro de la recompensa y el placer en el cerebro (Castro, 2018).</p> <p>Las personas con baja practica de actividad física ven aumentado el</p>	<p>PF: 2 (raramente demostrado)</p> <p>Dice que quiere irse a casa (192617)</p> <p>PF: 4 (raramente demostrado)</p> <p>A: Se realiza actividades de terapia de ejercicio de ambulación, se colocó tarjetas con instrucciones para asegurar el traslado a diferentes lugares. Animar al paciente a deambular o realizar ejercicio de menor esfuerzo en su propia cama o alrededor de la misma debido a que el ejercicio físico estimula la producción de proteínas, regula los niveles de serotonina estimula la liberación de endorfinas y otras sustancias químicas cerebrales naturales que pueden mejorar tu sensación de bienestar</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>entre el paciente y el personal de enfermería se fomenta la intervención de enfermería como el asesoramiento y terapias de entretenimiento para atender las demandas de actividad, ejercicio y ocio y mantener el equilibrio en salud mental”.</p>	<p>porcentaje de padecer síntomas depresivos y ansiedad, los trastornos del humor también se ven afectados por la inactividad física, por lo tanto, el aumento de la actividad física mejora el estado de ánimo (Ortega, 2015).</p>	<p>P: asignar una hora específica para realizar los ejercicios pasivos durante su recuperación en el hospital.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN: DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA. (SIN EL MODELO)

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la movilidad física r/c depresión m/p incapacidad psíquica.			
Definición: Limitación del movimiento independiente intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.			
DOMINIO: 4 Actividad / reposo	CLASE: 2 Actividad/ ejercicio	ETIQUETA DIAGNOSTICA: Deterioro de la movilidad física	CODIGO: 00085
NOC	NIC	Ejecución (principio científico)	Evaluación
Deambulación segura (1926) <ul style="list-style-type: none"> • Parece contento con el entorno (192605) P.I: 3 (a veces demostrado) P.D.4 (frecuentemente demostrado). • Se distrae fácilmente (192612) P.I: 4 (frecuentemente demostrado) P.D: 2 (raramente) 	Terapia de ejercicio: ambulación (0221) Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance del paciente. Vigilar la utilización por parte del paciente de muleta u otros dispositivos para andar. Ayudar al paciente a ponerse de pie y a	El ejercicio físico estimula la producción de proteínas que reparan las neuronas y aumentan su proliferación, regula los niveles de serotonina y otros neurotransmisores, aumenta el flujo sanguíneo cerebral, estimula la liberación de endorfinas y otras sustancias químicas cerebrales naturales que pueden mejorar tu sensación de bienestar (Mayo Clinic, 2017). Realizar actividades físicas no solo controla emociones, sino que suprimirá sentimientos	S: Paciente manifiesta que no logra su deambulación porque pese a las actividades realizadas sigue con ese inseguridad y miedo de su entorno O Paciente no logra su deambulación segura. Parece contento con el entorno (192605) PF:.4 (frecuentemente demostrado).

<p>demostrado)</p> <ul style="list-style-type: none"> Dice que quiere irse a casa (192617) P.I: 2 (Frecuentemente demostrado) P.D: 4 (raramente demostrado) 	<p>deambular distancias determinadas y con un número concreto de personal.</p> <p>Colocar tarjetas con instrucciones en la cabecera de la cama para facilitar el aprendizaje acerca de los traslados.</p> <p>Terapia de entretenimiento (5360)</p> <p>Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas.</p> <p>Ayudar a obtener los recursos necesarios para la actividad recreativa.</p> <p>Respetar las precauciones de seguridad.</p> <p>Ayudar en la obtención de transporte para la</p>	<p>negativos, el sujeto se sentirá mejor, dado que la práctica de actividad física es un excelente anti estrés (Alomoto, Calero, & Vaca, 2018).</p> <p>Las actividades físicas y recreativas son un conjunto de acciones utilizadas para diversión y su finalidad principal consiste en lograr disfrute de quienes la practican (Alomoto, Calero, & Vaca, 2018).</p> <p>Las personas con baja practica de actividad física ven aumentado el porcentaje de padecer síntomas depresivos y ansiedad, los trastornos del humor también se ven afectados por la inactividad física, por lo tanto, el aumento de la actividad física mejora el estado de ánimo (Ortega, 2015).</p>	<p>Se distrae fácilmente (192612)</p> <p>PF: 4 (frecuentemente demostrado)</p> <p>Dice que quiere irse a casa (192617)</p> <p>PF: 2 (Frecuentemente demostrado)</p> <p>A se realiza algunas actividades para poder mejorar su deambulación segura como colocar el interruptor o dispositivos que utiliza algunos pacientes para movilizarse alcance del paciente.</p> <p>También se colocó las tarjetas con información de lo dinámico que es trasladarse de un lugar a otro se indicó la importancia de realizar terapia de entretenimiento y de hacer ejercicios pasivos en su propia cama</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>actividad recreativa.</p> <p>Fomento del ejercicio (0200)</p> <p>Investigar experiencias deportivas anteriores.</p> <p>Determinar la motivación del individuo para empezar/ continuar con el programa de ejercicios.</p> <p>Reforzar el programa de ejercicio para potenciar la motivación del paciente.</p> <p>Animar al individuo a empezar con el ejercicio.</p>		<p>P gestionar atención con la especialidad de fisioterapia.</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-------------------------------------------------------------------------

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN SEGÚN EL MODELO DE HILDEGARD PEPLAU.

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la regulación del estado de ánimo r/c pensamientos recurrentes sobre el suicidio m/p actitud triste.			
Definición: Estado mental caracterizado por cambios en el estado de ánimo o afecto y que se compone de una constelación de manifestaciones afectivas, cognitivas, somáticas y/o fisiológicas que varían de leves a severas.			
DOMINIO: 9 Afrontamiento /tolerancia al estrés	CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento	ETIQUETA DIAGNOSTICA: Deterioro de la regulación del estado de animo	CODIGO: 00241
NOC	NIC	Ejecución (principio científico)	Evaluación
Autoestima (1205) <ul style="list-style-type: none"> Verbalizaciones de autoaceptación (120501) P.I: 3 (A veces positivo) P.D: 4 (Frecuentemente positivo) Descripción del Yo (120505) P.I: 3 (A veces positivo) 	Apoyo emocional (5270) Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. Manejo de la conducta:	El apoyo emocional debe ser comprendido como una forma de cuidado, cuyo objetivo principal es ofrecer confort, atención y bienestar al paciente, aportando a la atención integral, la totalidad y la complejidad del ser humano (Miranda, Christello, Portello, & otros., 2015). Los pacientes que más allá del	S: Paciente refiere una actitud y estado de ánimo positivo y su autoestima ha mejorado, disminución de los sentimientos negativos pensamientos suicidas su actitud de tristeza ha mejorado, acepta su situación, busca apoyo emocional e información sobre el tratamiento en el personal de salud y posibles soluciones para su problema. O paciente mejora la autoestima y controla los impulsos suicidas Verbalizaciones de

<p>P.D: 4 (Frecuentemente positivo)</p> <p>Autocontrol del impulso suicida (1408)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expresa sentimientos 140801 P.I. 3 (A veces demostrado) P.D. 4 (Frecuentemente demostrado) • Utiliza recursos para la prevención del suicidio (140826) P.I: 3 (A veces demostrado) P.D. 4 (Frecuentemente demostrado) • Utiliza los servicios de salud mental (140821) P.I: 3 (A veces demostrado) 	<p>autolesión (4354)</p> <p>Retirar elementos peligrosos del entorno del paciente.</p> <p>Aplicar manoplas, sujeciones para limitar la movilidad y la capacidad de autolesionarse.</p> <p>Comunicar el riesgo de lesionarse a otros profesionales.</p> <p>Sugerir conductas alternativas como buscar apoyo entre las personas o anticipar en una actividad que reduzca la ansiedad adaptativa.</p> <p>“El paciente, durante el periodo de internación hospitalaria, además de sufrir cambios y rupturas de sus relaciones y de su cotidianidad, siente miedo, inseguridad, ansiedad y expectativas que son capaces de interferir en el proceso de</p>	<p>consumo de fármacos para controlar las conductas suicidas deben recibir terapias que permitan aprender habilidades para controlar las emociones, reducir el consumo de drogas o sustancias ilícitas y sobre todo el apoyo familiar, pues bien, una autoagresión no suicida puede ser una manera de reducir la tensión emocional o puede ser una petición de ayuda de las personas que aún desean vivir (Clayton, 2019).</p>	<p>autoaceptación (120501) PF:4(Frecuentemente positivo) Descripción del Yo (120505) PF:4(Frecuentemente positivo) Expresa sentimientos (140801) PF: 4(Frecuentemente demostrado) Utiliza recursos para la prevención del suicidio (140826) PF:5(siempre demostrado) Utiliza los servicios de salud mental (140821) P.F: 4 (Frecuentemente demostrado) Hace planes para el futuro (140822) PF:5 (siempre demostrado)</p> <p>A Se evaluó el estado de ánimo del paciente ayudándolo a identificar los factores desencadenantes de su estado depresivo, determinando si representa un riesgo para sí mismo y para los demás. Se establece una comunicación entre el paciente y el personal de salud para comentar sentimientos, creencias y experiencias emocionales sin</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>P.D: 4 (Frecuentemente demostrado)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hace planes para el futuro (140822) <p>P.I: 3 (A veces demostrado)</p> <p>P.D: 5(Siempre demostrado)</p>	<p>adaptación y en su recuperación.</p> <p>De acuerdo al modelo de Hildegard Peplau, se establece intervenciones de enfermería como el apoyo emocional y manejo de la conducta suicida en el cual el profesional de enfermería se posiciona como facilitador del proceso de hospitalización, a través de una asistencia integral que abarca, además del cuidado instrumental, el apoyo emocional”.</p>		<p>impedir el llanto durante la conversación.</p> <p>Se enseña al paciente a tener una actitud de esperanza frente a la vida enseñándole a diseñar y ponerse metas, objetivos y permitiéndole participar en sus propios cuidados.</p> <p>P continuar con la terapia psicológica que permitan realizar sus proyectos de vida.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN: DETERIORO DE LA REGULACION DEL ESTADO DE ANIMO. (SIN EL MODELO)

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la regulación del estado de ánimo r/c pensamientos recurrentes sobre el suicidio m/p actitud triste.			
Definición: Estado mental caracterizado por cambios en el estado de ánimo o afecto y que se compone de una constelación de manifestaciones afectivas, cognitivas, somáticas y/o fisiológicas que varían de leves a severas.			
DOMINIO: 9 Afrontamiento /tolerancia al estrés	CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento	ETIQUETA DIAGNOSTICA: Deterioro de la regulación del estado de animo	CODIGO: 00241
NOC	NIC	Ejecución (principio científico)	Evaluación
Autoestima (1205) <ul style="list-style-type: none"> Verbalizaciones de autoaceptación (120501) P.I: 3 (A veces positivo) P.D: 4 (Frecuentemente positivo) Descripción del Yo (120505) P.I: 3 (A veces positivo) 	Apoyo emocional (5270) Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones. Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo.	El apoyo emocional debe ser comprendido como una forma de cuidado, cuyo objetivo principal es ofrecer confort, atención y bienestar al paciente, aportando a la atención integral, la totalidad y la complejidad del ser humano (Miranda, Christello, Portello, & otros., 2015). Los pacientes que más allá del consumo de fármacos para controlar las conductas	S Paciente refiere que su estado de ánimo ha mejorado levemente, pero sigue sintiendo que su autoestima es baja. Los sentimientos negativos pensamientos suicidas su actitud de tristeza siguen presente. O paciente logra mejor su estado de ánimo levemente pero sigue teniendo los pensamientos suicidas

<p>P.D: 4 (Frecuentemente positivo)</p> <p>Autocontrol del impulso suicida (1408)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expresa sentimientos (140801) P.I. 3 (A veces demostrado) P.D. 4 (Frecuentemente demostrado) • Utiliza recursos para la prevención del suicidio (140826) P.I: 3 (A veces demostrado) P.D. 4 (Frecuentemente demostrado) • Utiliza los servicios de salud mental (140821) P.I: 3 (A veces demostrado) 	<p>Manejo de la conducta: autolesión (4354)</p> <p>Administrar medicamentos para disminuir la ansiedad, estabilizar el estado de ánimo y disminuir la autoestimulación, según corresponda.</p> <p>Aplicar manoplas, sujeciones para limitar la movilidad y la capacidad de autolesionarse.</p> <p>Alentar al paciente a buscar a los profesionales de salud para que hablen cuando se presente la necesidad de hacerse daño a si mismo.</p> <p>Proporcionar una</p>	<p>suicidas deben recibir terapias que permitan aprender habilidades para controlar las emociones, reducir el consumo de drogas o sustancias ilícitas y sobre todo el apoyo familiar, pues bien, una autoagresión no suicida puede ser una manera de reducir la tensión emocional o puede ser una petición de ayuda de las personas que aún desean vivir (Clayton, 2019).</p>	<p>frecuentemente.</p> <p>Paciente mejora la autoestima y controla los impulsos suicidas</p> <p>Verbalizaciones de autoaceptación (120501)</p> <p>PF: 3 (A veces positivo)</p> <p>Descripción del Yo (120505)</p> <p>PF: 3 (A veces positivo)</p> <p>Expresa sentimientos (140801)</p> <p>Utiliza recursos para la prevención del suicidio (140826)</p> <p>PF: 4 (Frecuentemente demostrado)</p> <p>Utiliza los servicios de salud mental (140821)</p> <p>PF: 3 (A veces demostrado)</p> <p>Hace planes para el futuro (140822)</p> <p>PF: 4 (Frecuentemente demostrado)</p> <p>A: Se evaluó el estado de ánimo del paciente, pero no se logró mejorar tampoco se pudo ayudarle a</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>P.D: 4 (Frecuentemente demostrado)</p> <ul style="list-style-type: none"> Hace planes para el futuro (140822) <p>P.I: 3 (A veces demostrado)</p> <p>P.D: 5(Siempre demostrado)</p>	<p>observación cercana e individualizada del paciente para preservar su seguridad, cuando sea necesario.</p>		<p>identificar los factores que desencadenan el estado depresivo los pensamientos suicidas, determina que puede ser peligroso para si mismo como para su familia. No se pudo establecer una comunicación entre el paciente y el personal de salud para poder conocer las experiencias emocionales que le causan daño debido a esto no está consiente de poder participar en sus propios cuidados.</p> <p>P: Incentivarle para que continúe con las terapias psicológicas.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN SEGÚN EL MODELO DE HILDEGARD PEPLAU.

Diagnóstico de enfermería: Patrón de sueño alterado r/c factores estresores m/p dificultad para permanecer dormido.			
Definición: Despertares de tiempo limitado debido a factores externos.			
DOMINIO: 4 Actividad /reposo	CLASE: 2 Sueño/ reposo	ETIQUETA DIAGNOSTICA: Patrón del sueño alterado	CODIGO: 00198
NOC	NIC	Ejecución (principio científico)	Evaluación
Sueño (0004) <ul style="list-style-type: none"> Patrón del sueño (000403) P.I: 3 (moderadamente comprometido) P.D: 4 (Levemente comprometido) Calidad del sueño (000404) P.I: 2 (Sustancialmente comprometido) P.D: 3 (moderadamente comprometido) Dificultad para conciliar el sueño 	Mejorar el sueño (1850) Determinar el patrón del sueño/ vigilia del paciente Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apneas de sueño, vías aéreas obstruidas y frecuencia urinaria) o psicológicas (miedo o ansiedad). Enseñar al paciente a controlar los patrones de sueño. Ajustar el ambiente, luz, ruido,	La calidad de sueño implica tanto una valoración subjetiva, así como aspectos cuantitativos como la duración del sueño, la latencia del sueño o el número de despertares nocturnos y aspectos cualitativos puramente subjetivos como la profundidad del sueño o la capacidad de reparación del mismo. La mayoría de los pacientes no descansan ni duermen bien durante su estancia en el hospital, unas veces por	S: Paciente refiere mejora en la calidad del sueño y su estado emocional, manifiesta dormir adecuadamente, lo que genera un estado de ánimo sereno y tranquilo. Expresa el interés de seguir con el régimen terapéutico. O: Paciente mejora notablemente su nivel de depresión y su calidad del sueño. Paciente mejora el sueño y su nivel de depresión. Patrón del sueño (000403) PF: 4 (levemente comprometido) Calidad del sueño (000404)

<p>(000421) P.I: 1 (gravemente comprometido) P.D: 4 (Levemente comprometido)</p> <ul style="list-style-type: none"> Nicturia (000423) P.I: 2(Sustancialmente comprometido) P.D: 4 (Levemente comprometido) <p>Nivel de depresión (1208)</p> <ul style="list-style-type: none"> Insomnio (120809) P.I: 2 (Sustancial) P.D: 3 (Moderado) Hipersomnia (120830) P.I: 2 (sustancial) P.D: 3 (Moderado) 	<p>temperatura, colchón y cama para favorecer el sueño.</p> <p>Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de ir a la cama.</p> <p>Ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfieran el sueño a la hora de irse a la cama.</p> <p>Iniciar/ llevar a cabo medidas agradables como el contacto afectuoso.</p> <p>Agrupar las actividades de enfermería para minimizar el número de despertares.</p> <p>Comentar al paciente y a la familia técnicas para favorecer el sueño.</p> <p>Identificar los medicamentos que toma el paciente para el sueño.</p> <p>Terapia de relajación (6040)</p> <p>Crear un ambiente tranquilo sin interrupciones con luces suaves y una temperatura agradable cuando</p>	<p>el proceso patológico que está viviendo la persona, y en otras ocasiones no tiene nada que ver con su enfermedad, sino con causas ambientales como pueden ser el ruido, la iluminación, falta de intimidad, interrupciones por procedimientos terapéuticos, etc, (Cordero, Lorenzo, & Muñoz, 2015).</p>	<p>PF: 4 (levemente comprometido) Dificultad para conciliar el sueño (000421) PF: : 4 (Levemente comprometido) Nicturia (000423) PF: 5 (ninguno) Insomnio (120809) PF: 4 (leve) Hipersomnia (120830) PF: (leve) A: Se evalúa el patrón de sueño y el nivel de depresión del paciente, observando las circunstancias físicas y psicológicas, ambientales que interrumpían el descanso, lo que permitió ayudar al paciente a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a dormir. Se creó un ambiente tranquilo, limpio y seguro, evitando interrupciones cuando el paciente está dormido. P: Vigilar los patrones del sueño. :</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>sea posible.</p> <p>Sugerir a la persona que adopte una posición cómoda y con los ojos cerrados.</p> <p>Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz.</p> <p>Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lentas y rítmicamente.</p> <p>Dejar al paciente un tiempo sin molestarle ya que puede quedarse dormido.</p> <p>“La enfermera al ser suministradora de recursos debe permitir a los pacientes satisfacer las necesidades físicas y psicológicas para mejorar o</p>		
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

	<p>restablecer su salud y más aún en la estancia hospitalaria, pues se ha evidenciado que el descanso correcto supone a la larga disminución de días de estancia, consiguiendo un aumento cualitativo en la calidad de los cuidados enfermeros, a través de la disminución de estímulos ambientales, terapias de relajación y mejora del sueño (Arcea, Gámizb, Navarro, & otros, 2015)''.</p>		
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN: PATRON DEL SUEÑO ALTERADO (SIN EL MODELO)

Diagnóstico de enfermería: Patrón de sueño alterado r/c factores estresores m/p dificultad para permanecer dormido.			
Definición: Despertares de tiempo limitado debido a factores externos.			
DOMINIO: 4 Actividad /reposo	CLASE: 2 Sueño/ reposo	ETIQUETA DIAGNOSTICA: Patrón del sueño alterado	CODIGO: 00198
NOC	NIC	Ejecución (principio científico)	Evaluación
Sueño (0004) <ul style="list-style-type: none"> Patrón del sueño (000403) P.I: 3 (moderadamente comprometido) P.D: 4 (Levemente comprometido) Calidad del sueño (000404) P.I: 2 (Sustancialmente comprometido) P.D: 4 (levemente comprometido) Dificultad para conciliar el sueño (000421) 	Mejorar el sueño (1850) Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo sueño/vigilia del paciente. Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño. Determinar el patrón del sueño/vigilia del paciente. Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las	La pérdida de sueño daña los niveles superiores de razonamiento, resolución de problemas y atención a los detalles, con el paso del tiempo el déficit del sueño puede incrementar el riesgo de sufrir depresión (Twery, 2021).	S: Paciente manifiesta que ha logrado de forma leve conciliar el sueño, se mantiene cansado. O: Paciente mejora de forma leve su calidad del sueño y su nivel de depresión. Patrón del sueño (000403) PF: 3 (moderadamente comprometido) Calidad del sueño (000404) PF: 3 (moderadamente

<p>P.I: 1 (gravemente comprometido) P.D: 4 (Levemente comprometido)</p> <ul style="list-style-type: none"> Nicturia (000423) P.I: 2(Sustancialmente comprometido) P.D: 4 (Levemente comprometido) <p>Nivel de depresión (1208)</p> <ul style="list-style-type: none"> Insomnio (120809) P.I: 2 (Sustancial) P.D: 3 (Moderado) Hipersomnia (120830) P.I: 2 (sustancial) P.D: 3 (Moderado) 	<p>circunstancias físicas (apneas de sueño, vías aéreas obstruidas y frecuencia urinaria) o psicológicas (miedo o ansiedad).</p> <p>Proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño.</p> <p>Comentar al paciente y a la familia técnicas para favorecer el sueño.</p> <p>Terapia de relajación (6040)</p> <p>Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado</p> <p>Utilizarla relajación como estrategia suplementaria junto a los analgésicos o con otras medidas si procede.</p> <p>Evaluar regularmente las indicaciones que refiere el</p>	<p>Muchos pacientes con depresión no se tratan o tardan en ser tratados debido a que no les gusta los antidepresivos, por lo cual estos pacientes deben recibir técnicas de relajación como un tratamiento psicológico como técnicas bio-energéticas, que elevan el nivel energético del organismo y desarrollar la capacidad de control consciente de los estados de ese sistema, proporcionando el control de la movilización de las energías biológicas para los fines conscientes de la actividad (Rodriguez, Garcia, & Perez, 2015).</p>	<p>comprometido)</p> <p>Dificultad para conciliar el sueño (000421)</p> <p>PF: 3 (moderadamente comprometido)</p> <p>Nicturia (000423)</p> <p>PF: 3 (moderadamente comprometido)</p> <p>Insomnio (120809)</p> <p>P.F: 3 (Moderado)</p> <p>Hipersomnia (120830)</p> <p>P.F: 3 (Moderado)</p> <p>A: Se evalúa el patrón de sueño o el nivel de depresión del paciente, observando las circunstancias físicas y psicológicas, ambientales que interrumpían el descanso del paciente.</p> <p>P: Técnicas de relajación</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	paciente sobre la relajación conseguida, y comprobar periódicamente la tensión muscular, frecuencia cardiaca, presión arterial y temperatura de la piel según corresponda.		para conciliar el sueño.
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN SEGÚN EL MODELO DE HILDEGARD PEPLAU.

Diagnóstico de enfermería: Descuido personal r/p incapacidad para mantener el control y temor a la institucionalización m/p higiene personal insuficiente.			
Definición: Conjunto de conductas culturalmente determinadas que implican una o más actividades de autocuidado en las que hay un fracaso para mantener estándares de salud y bienestar socialmente aceptables.			
DOMINIO: 4 Actividad /reposo	CLASE: Autocuidado	ETIQUETA DIAGNOSTICA: Descuido personal	CODIGO: 00193
NOC	NIC	Ejecución (principio científico)	Evaluación
Nivel de depresión (1208) <ul style="list-style-type: none"> Escasa higiene / cuidado personal (120825) P.I: 2 (sustancial) P.D: 4 (Leve) Autocuidados: Higiene (0305) <ul style="list-style-type: none"> Mantiene una 	Mejora de la imagen corporal (5220) Determinar las expectativas corporales del paciente en función de su estado de salud. Ayudar al paciente al separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal según corresponda. Observar si el paciente puede	La imagen corporal también tiene que ver con los sentimientos y emociones que experimenta la persona respecto a cómo percibe su físico, cómo se siente con su cuerpo y dentro de su propio cuerpo, de ahí la importancia de realizar la escucha activa de manera que se exprese los sentimientos y emociones que están siendo reflejados en la apariencia	S Paciente refiere su deseo de mantener una buena higiene debido a que se siente con una actitud positiva, su estado de ánimo ha mejorado. O Paciente desea mantener una buena higiene personal e imagen corporal, mejora el nivel de depresión. Escasa higiene / cuidado personal

<p>apariciencia pulcra (030514)</p> <p>P.I: 3 (moderadamente comprometido)</p> <p>P.D: 4 (levemente comprometido)</p> <ul style="list-style-type: none"> Mantiene una higiene corporal (030517) <p>P.I: 3 (moderadamente comprometido)</p> <p>P.D: 5 (No comprometido)</p> <p>Imagen corporal (1200)</p> <ul style="list-style-type: none"> Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto (120017) 	<p>mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio.</p> <p>Determinar las percepciones del paciente y la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto.</p> <p>Ayuda con el autocuidado: baño/ higiene (1801)</p> <p>Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades del autocuidado.</p> <p>Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.</p> <p>Controlar la integridad cutánea del paciente.</p> <p>Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de</p>	<p>física (Acosta, Barrera, & López, 2017).</p> <p>El autocuidado es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar (Sillas & Jordán, 2016).</p> <p>En estado de depresión la persona entra en el abandono progresivo de ellas, lo que conduce al círculo</p>	<p>(120825)</p> <p>PF:5 (ninguna)</p> <p>Mantiene una apariciencia pulcra (030514)</p> <p>PF: 4 (levemente comprometido)</p> <p>Mantiene una higiene corporal (030517)</p> <p>PF: 4 (levemente comprometida)</p> <p>Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto (120017)</p> <p>PF:4 (frecuentemente positivo)</p> <p>Satisfacción con el aspecto corporal (120005)</p> <p>PF:4 (frecuentemente positivo)</p> <p>A Por medio de las actividades basándonos en el estado de salud, edad la religión del paciente se brinda educación sobre la importancia de mantener una</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>P.I: 3 (A veces positivo)</p> <p>P.D: 5 (Siempre positivo)</p> <ul style="list-style-type: none"> Satisfacción con el aspecto corporal (120005) <p>P.I: 3 (A veces positivo)</p> <p>P.D: 5 (Siempre positivo)</p>	<p>hacer su autocuidado.</p> <p>Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal (1802)</p> <p>Considerar la cultura del paciente al fomentar las actividades de autocuidado</p> <p>Disponer de prendas del paciente en una zona accesible (al pie de la cama)</p> <p>Estar disponible para ayudar en el vestir si es necesario.</p> <p>Reforzar los esfuerzos por vestirse solo.</p> <p>“La ejecución de actividades de enfermería como mejora de la imagen corporal y el fomento del autocuidado (vestirse e higiene), son los resultados que aparecen después de aplicar una buena relación entre enfermero y el paciente desde el abordaje</p>	<p>vicioso de la depresión, inactividad, desmotivación, aislamiento y mantenimiento de pensamientos negativos, mantenimiento del bajo estado de ánimo y de la falta de energías (Atención psicológica en Granada - Psicólogos, 2019).</p> <p>Vestir de manera adecuada y acorde a la ocasión ayuda a la creatividad y a tener un pensamiento y una visión más amplia (Acosta, Barrera, & López, 2017).</p>	<p>buena higiene corporal e imagen corporal frente a la realidad de cada paciente garantizando un ambiente de privacidad, agradable, cálido, relajado esto ayudo a mejorar el nivel de depresión y estado de ánimo del paciente.</p> <p>P: Educar a la familia del paciente la importancia que tiene mantener una buena higiene corporal ya que esto ayudara a disminuir el nivel de depresión.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	integral, para atender las necesidades o problemas identificados”.		
--	--------------------------------------------------------------------	--	--

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN: DESCUIDO PERSONAL (SIN EL MODELO)

Diagnóstico de enfermería: Descuido personal r/p incapacidad para mantener el control y temor a la institucionalización m/p higiene personal insuficiente.			
Definición: Conjunto de conductas culturalmente determinadas que implican una o más actividades de autocuidado en las que hay un fracaso para mantener estándares de salud y bienestar socialmente aceptables.			
DOMINIO: 4 Actividad /reposo	CLASE: Autocuidado	ETIQUETA DIAGNOSTICA: Descuido personal	CODIGO: 00193
NOC	NIC	Ejecución (principio científico)	Evaluación
Nivel de depresión (1208) <ul style="list-style-type: none"> Escasa higiene / cuidado personal (120825) P.I: 2 (sustancial) P.D: 4 (Leve) Autocuidados: Higiene (0305) <ul style="list-style-type: none"> Mantiene una apariencia pulcra 	Mejora de la imagen corporal (5220) Ayudar al paciente a comentar los factores estresantes que afectan la imagen corporal debido a estados congénitos, lesiones, enfermedades o cirugía. Observar si el paciente puede mirar la parte	La imagen corporal también tiene que ver con los sentimientos y emociones que experimenta la persona respecto a cómo percibe su físico, cómo se siente con su cuerpo y dentro de su propio cuerpo, de ahí la importancia de realizar la escucha activa de manera que se exprese los sentimientos y emociones que están siendo reflejados en la apariencia física (Acosta, Barrera, & López, 2017).	S: Paciente manifiesta que no desea mejorar la imagen corporal, considera que se siente bien con su apariencia. O: Paciente no desea mejorar su imagen corporal. Escasa higiene / cuidado personal (120825) P.F: 3 (moderadamente comprometido) Mantiene una apariencia pulcra

<p>(030514) P.I: 3 (moderadamente comprometido) P.D: 4 (levemente comprometido)</p> <ul style="list-style-type: none"> Mantiene una higiene corporal (030517) P.I: 3 (moderadamente comprometido) P.D: 5 (No comprometido) <p>Imagen corporal (1200)</p> <ul style="list-style-type: none"> Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto (120017) P.I: 3 (A veces 	<p>corporal que ha sufrido el cambio. Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad o cirugía según corresponda. Determinar las percepciones del paciente y la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad. Ayuda con el autocuidado: baño/higiene (1801) Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades del autocuidado. Facilitar que el paciente se</p>	<p>El autocuidado es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar (Sillas & Jordán, 2016).</p> <p>La imagen corporal es la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta. Por tanto, la imagen corporal no está necesariamente correlacionada con la apariencia física real, siendo claves las actitudes y</p>	<p>(030514) PF: 3 (moderadamente comprometido) Mantiene una higiene corporal (030517) PF: 3 (moderadamente comprometido) Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar el aspecto (120017) PF:3 (A veces positivo) Satisfacción con el aspecto corporal (120005) PF:4 (frecuentemente positivo)</p> <p>A: se ayuda al paciente a comentar las situaciones estresantes que le afectan su imagen corporal y a identificar los cambios que ha sufrido su imagen debido a su estado de depresión, ayudarle al paciente a</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>positivo) P.D: 5 (Siempre positivo) • Satisfacción con el aspecto corporal (120005) P.I: 3 (A veces positivo) P.D: 5 (Siempre positivo)</p>	<p>bañe por el mismo, según corresponda. Proporcionar los objetos personales deseados (desodorantes, cepillo de dientes, champú, lesión y productos de aromaterapia). Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal (1802) Informar al paciente la vestimenta disponible que puede seleccionar. Mantener la intimidad cuando el paciente se viste. Disponer de prendas del paciente en una zona accesible (al pie de la</p>	<p>valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo (Vaquero, Alacid, Muyor, & otros, 2015). Vestir de manera adecuada y acorde a la ocasión ayuda a la creatividad y a tener un pensamiento y una visión más amplia (Acosta, Barrera, & López, 2017).</p>	<p>bañare y vestirse en caso de que no pueda hacerlo por si solo o no tenga familiar P: Informar a los familiares del paciente que tienen que mostrarle una actitud positiva frente a la imagen corporal ya que esto ayudara a disminuir el nivel de depresión.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	cama)		
--	-------	--	--

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON DEPRESIÓN SEGÚN EL MODELO DE HILDEGARD PEPLAU.

Diagnóstico de enfermería: Sufrimiento espiritual r/c baja autoestima m/p insuficiente sentido de vida percibido y desesperanza.			
Definición: Estado de sufrimiento relacionado con la incapacidad para experimentar el significado en la vida a través de las conexiones con uno mismo, con otros, con el mundo o con un ser superior.			
DOMINIO: 10 Principios vitales	CLASE: 3 Congruencia entre valores/creencias/acciones	ETIQUETA DIAGNOSTICA: Sufrimiento espiritual	CODIGO: 00066
NOC	NIC	Ejecución (principio científico)	Evaluación
Estado de comodidad: psicoespiritual (2011) <ul style="list-style-type: none"> Bienestar psicológico (201101) P.I: 3 (moderadamente comprometido) P.D: 4 (Levemente comprometido) Esperanza (201103) P.I: 2 (sustancialmente 	Apoyo espiritual (5420) <p>Animar a participar en intervenciones, familiares, amigos y otras personas.</p> <p>Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales.</p> <p>Estar abierto a las expresiones y preocupaciones del individuo.</p> <p>Proporcionar música, literatura o programas de radio y tv espirituales al</p>	En estados depresivos la tristeza llega a alcanzar altos grados y esta se transforma en desesperación ocasionando la falta de toda confianza para el futuro, carencia de toda esperanza, por ello a través de intervenciones como la escucha activa, la presencia o el contacto, se puede atender al sufrimiento	S: Paciente manifiesta que su estado espiritual ha mejorado, ha recuperado la fe y ha encontrado sentido a la vida, desea seguir recibiendo el apoyo emocional y espiritual que le brinda el personal de salud porque siente que le está haciendo bien. O: Paciente mejora su estado psicoespiritual Bienestar psicológico (201101)

<p>comprometido) P.D: 3(Moderadamente comprometido)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Significado y objetivo de la vida (201109) P.I: 2 (sustancialmente comprometido) P:D: 3(Moderadamente comprometido) • Perdida de Fe (201117) P.I: 2 (sustancialmente comprometido) P.D: 4 (levemente comprometido) <p>Nivel de depresión (1208)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo deprimido (120801) P.I: 2 (sustancial) P.D: 4 (leve) • Perdida de interés por las actividades (120802) 	<p>individuo.</p> <p>Dar esperanza (5310)</p> <p>Informar al paciente acerca de si la situación actual constituye un estado temporal.</p> <p>Facilitar el alivio y disfrute de éxitos y experiencias anteriores del paciente y familias.</p> <p>Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados.</p> <p>“La enfermera en el rol de consejera según Hildegard Peplau fortalece los cuidados espirituales cuya finalidad es ayudar al paciente a identificar los valores y creencias que dan sentido al ser humano, especialmente al enfermo que se encuentra en el momento más vulnerable, para favorecer el afrontamiento del dolor o del sufrimiento identificando las emociones”.</p>	<p>humano.</p> <p>Los valores, creencias y el sentido que el hombre da a la vida.</p> <p>Atender las necesidades espirituales del paciente incluye apuntar hacia el sentido de vida, explorando el significado de la vida, de la muerte en ella y aumentar la fortaleza a la hora de enfrentar el cuadro depresivo (Taha, Florenzano, & Sieverson, 2015)</p>	<p>PF: 4 (Levemente comprometido) Esperanza (201103) PF: 4 (Levemente comprometido) Significado y objetivo de la vida (201109) PF: 4 (Levemente comprometido) Perdida de Fe (201117) PF: 4 (levemente comprometido)</p> <p>A Se anima a participar en actividades de fe y esperanza a tanto al paciente como a su familia en un ambiente tranquilo, donde se pudo realizar actividades espirituales.</p> <p>Se informo al paciente acerca del estado de salud, pero manifestándole que esta situación es temporal.</p> <p>P: Gestionar ayuda espiritual debido a que esto ayudara a motivar al paciente ante su recuperación.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

P.I: 2 (sustancial) P.D: 3(moderado) • Tristeza (120814) P.I: 2 (sustancial) P.D: 4 (Leve)			
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

<p>comprometido) P.D: 4 (levemente comprometido)</p> <p>Nivel de depresión (1208)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado de ánimo deprimido (120801) P.I: 2 (sustancial) P.D: 4 (leve) • Perdida de interés por las actividades (120802) P.I: 2 (sustancial) P.D: 3(moderado) • Tristeza (120814) P.I: 2 (sustancial) P.D: 4 (Leve) 	<p>estudiando la situación y haciendo planes para casos de emergencia.</p> <p>Evitar disfrazar la verdad.</p> <p>Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos.</p> <p>Ayudar al paciente a expandir su Yo espiritual.</p>	<p>significado de la vida, de la muerte en ella y aumentar la fortaleza a la hora de enfrentar el cuadro depresivo (Taha, Florenzano, & Sieverson, 2015)</p>	<p>(120801) PF: 3 (moderado) Perdida de interés por las actividades (120802) P.F: 3(moderado) Tristeza (120814) PF: 3(moderado)</p> <p>A: Se realizó actividades terapéuticas para lograr establecer confianza, empatía entre el personal de salud y el paciente que pueda expresar que actividades espirituales le ayudaran a mejorar su estado de ánimo lograr que recupere la fe y esperanza de la vida .</p> <p>P Gestionar ayuda espiritual debido a que esto ayudara a motivar al paciente.</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**CAPITULO IV: RESULTADOS ALCANZADOS CON LOS OBJETIVOS
PLANTEADOS**

Objetivos planteados	Resultados alcanzados
<p>Realizar la valoración de enfermería aplicando el modelo de Virginia Henderson.</p>	<p>De acuerdo con los resultados evidenciados en la guía de valoración adaptada a las 14 necesidades de Virginia Henderson, vinculado al modelo de Hildegard Peplau, el 60% de la población participante en la investigación son mujeres, el 40% han padecido de depresión entre las edades de 21 a 30 años, se autoidentifican mestizos y estado civil casado.</p> <p>No han presentado problemas respiratorios, pero si alteraciones psicológicas como miedo, culpa, irritabilidad y confusión mental. El 80% ha presentado disminución del apetito, náuseas, sin embargo, el 66% manifiestan alimentarse solos.</p> <p>En cuanto a la necesidad de eliminación el 66% de los pacientes han presentado síntomas digestivos como estreñimiento y gases, además utilizan enemas y laxantes para disminuir los síntomas, de la misma manera han experimentado alteraciones urinarias como nicturia.</p> <p>El 80% de los usuarios no presentan limitaciones para moverse, tampoco hacen uso de una ayuda técnica o equipo auxiliar, es importante mencionar que no existe compromiso motor para el desarrollo de las actividades diarias.</p> <p>Los usuarios logran conciliar el sueño con dificultad, suelen descansar entre 4 a 6 horas, casi siempre manifiestan tener somnolencia.</p>

	<p>Respecto a la necesidad de vestirse, el 66,7% mantiene un aspecto descuidado, en cambio 60% dependen de un cuidador para sus actividades básicas.</p> <p>Han padecido de síntomas como escalofríos debido a las alteraciones psicológicas, pero mantienen su temperatura corporal normal.</p> <p>Presentan un aspecto descuidado se puede evidenciar en la mayoría de los pacientes presentan palidez, cortes, eritemas, traumatismo, en cuanto a su piel necesita ayuda para su higiene personal.</p> <p>Su estancia hospitalaria es larga, durante este tiempo se observa al paciente que se encuentra confuso, triste, melancólico, agresivo, irritable, y lo más importante ideas suicidas, todo esto se debe a su estado de ánimo que se ve afectado por su depresión.</p> <p>Un 40% manifiestan tristeza, el 27% se muestran delirante/ confuso y un 53% manifiestan una conversación aburrida, difícil de establecer una comunicación adecuada.</p> <p>La sexualidad no influye en la depresión, el 73% profesan la religión católica, mientras que un 53% manifiestan falta de ilusión, 40% desesperanza debido a problemas emocionales.</p> <p>Un 47% de pacientes han cursado la secundaria, el 80% se dedican al trabajo informal esto afecta a su autorealización personal y al estado de ánimo de cada paciente.</p> <p>El 87% presentan ocio de cero a dos horas semanales, se dedican a ver televisión, el 80% de los pacientes presentan somatización ante situaciones estresantes, todo esto repercute en el estado de ánimo del paciente y en su recuperación.</p> <p>El 87% de la población consideran que las circunstancias que influyen</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>en el aprendizaje son el estado de ánimo y la falta de interés por aprender.</p>
<p>Diseñar el plan de atención de enfermería con la metodología NANDA, NIC y NOC basado en el modelo de Hildegard E. Peplau</p>	<p>Luego de la valoración de enfermería se identificó los siguientes diagnósticos de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temor r/c el entorno desconocido m/p cambio en la frecuencia respiratoria y sensación de temor. • Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c ingesta insuficiente de alimentos m/p aversión por la comida. • Deterioro de la eliminación urinaria r/c el estado depresivo m/p nicturia. • Estreñimiento r/c depresión m/p disminución de la frecuencia de defecar. • Deterioro de la movilidad física r/c depresión m/p incapacidad psíquica. • Deterioro de la regulación del estado de ánimo r/c pensamientos recurrentes sobre el suicidio m/p actitud triste. • Patrón de sueño alterado r/c factores estresores m/p dificultad para permanecer dormido. • Descuido personal r/p incapacidad para mantener el control y temor a la institucionalización m/p higiene personal insuficiente • Sufrimiento espiritual r/c baja autoestima m/p insuficiente sentido de vida percibido y desesperanza. <p>Se ha diseñado los planes de enfermería en relación a la modelo psicodinámica de Hildegard Peplau, con énfasis en la relación terapéutica del enfermero y el paciente.</p>
<p>Implementar y evaluar el plan de atención de enfermería</p>	<p>Se desarrolla 2 encuentros con los usuarios del Hospital Abel Gilbert Pontón donde se aplica los planes de atención de enfermería a pacientes con depresión; se estableció los siguientes objetivos con sus respectivos códigos;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autocontrol del miedo (1404) • Estado nutricional (1004)

<p>diseñado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación urinaria (0503) • Eliminación intestinal (0501) • Deambulaci3n segura (1926) • Autoestima (1205) • Autocontrol del impulso suicida (1408) • Sueño (0004) • Nivel de depresi3n (1208) • Autocuidados: Higiene (0305) • Imagen corporal (1200) • Estado de comodidad: psicoespiritual (2011) • Nivel de depresi3n (1208) <p>Finalmente se evalúa las intervenciones de enfermería de acuerdo al SOAP.</p> <p>Los resultados de la prueba de muestras emparejadas en relaci3n al proceso de atenci3n de enfermería con el modelo y sin el modelo, arroja una prueba de significancia menor a 0,05 lo que indica que la aplicaci3n del plan de atenci3n de enfermería en pacientes con depresi3n es estadísticamente significativa, influye en la recuperaci3n de los pacientes y se rechaza la hip3tesis nula.</p>
<p>Establecer diferencias y similitudes entre los pacientes que se aplica el Plan enfermero basados o no en el modelo psicodinámico de Hildegart Peplau.</p>	<p>La poblaci3n sujeta de estudio poseen las mismas características psicol3gicas.</p> <p>Se aplica los planes de atenci3n de enfermería basados en la metodología de los cinco pasos básicos como es la valoraci3n, diagnostico, planificaci3n, ejecuci3n y evaluaci3n.</p> <p>Se plantea objetivos e indicadores similares, a diferencia de la etiqueta diagnostica del temor (00148), donde se plantea los indicadores; planea estrategias para superar las situaciones temibles (14045) y mantiene el sentido del propósito a pesar del miedo (140115) en el plan</p>

con el modelo de Hildegard Peplau y solo se plantea el indicador; planea estrategias para superar las situaciones temibles (14045) en el plan sin el modelo.

De acuerdo con las pruebas de significancia, el plan de atención de enfermería tiene efectos positivos e influye en la recuperación de los pacientes con síndrome depresivo y es altamente significativa con el empleo de un modelo o teoría de enfermería.

Después de la aplicación de los planes de atención de enfermería con el modelo de Hildegard Peplau, los pacientes demostraron cambios en las actitudes y comportamientos, establecieron una comunicación positiva, tranquilidad y demostraron interés por mantener el equilibrio emocional, mientras que los pacientes intervenidos con el plan de enfermería sin el uso del modelo mantenían ciertos comportamientos que limitaban mejorar su condición clínica.

3.7.Descriptivo compilatorio con la aplicación del modelo de Hildegart Peplau

Temor r/c el entorno desconocido m/p cambio en la frecuencia respiratoria y sensación de temor.		Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c ingesta insuficiente de alimentos m/p aversión por la comida.		Deterioro de la eliminación urinaria r/c el estado depresivo m/p nicturia.		Estreñimiento r/c depresión m/p disminución de la frecuencia de defecar.	
Autocontrol del miedo (1404)		Estado nutricional (1004)		Eliminación urinaria (0503)		Eliminación intestinal (0501)	
P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final
3	4	4	5	3	5	2	5
4	5	4	5	3	5	4	5
				3	5		
7	9	8	10	9	15	6	10
Valoración Antes	Valoración Después	Valoración Antes	Valoración Después	Valoración Antes	Valoración Después	Valoración Antes	Valoración Después

Deterioro de la movilidad física r/c depresión m/p incapacidad psíquica.		Deterioro de la regulación del estado de ánimo r/c pensamientos recurrentes sobre el suicidio m/p actitud triste.		Patrón de sueño alterado r/c factores estresores m/p dificultad para permanecer dormido.		Descuido personal r/p incapacidad para mantener el control y temor a la institucionalización m/p higiene personal insuficiente.		Sufrimiento espiritual r/c baja autoestima m/p insuficiente sentido de vida percibido y desesperanza.	
Deambulaci3n segura (1926)		Autoestima (1205)		Sueño (0004)		Nivel de depresi3n (1208)		Estado de comodidad: psicoespiritual (2011)	
P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final
3	5	3	4	3	4	2	5	3	4
4	2	3	4	2	4	Autocuidados: Higiene (0305)		2	4
2	4			1	4	3	4	2	4
		Autocontrol del impulso suicida (1408)		2	5	3	4	2	4
		3	4	Nivel de depresi3n (1208)		Imagen corporal (1200)		Nivel de depresi3n (1208)	
		3	5	2	4	3	4	2	4
		3	4	2	4	3	4	2	3
		3	5					2	4
9	11	18	26	12	25	14	21	15	27
Valoraci3n Antes	Valoraci3n Despu3s	Valoraci3n Antes	Valoraci3n Despu3s	Valoraci3n Antes	Valoraci3n Despu3s	Valoraci3n Antes	Valoraci3n Despu3s	Valoraci3n Antes	Valoraci3n Despu3s

Descriptivo compilatorio sin la aplicación del modelo de Hildegart Peplau

Temor r/c el entorno desconocido m/p cambio en la frecuencia respiratoria y sensación de temor.		Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c ingesta insuficiente de alimentos m/p aversión por la comida.		Deterioro de la eliminación urinaria r/c el estado depresivo m/p nicturia.		Estreñimiento r/c depresión m/p disminución de la frecuencia de defecar.	
Autocontrol del miedo (1404)		Estado nutricional (1004)		Eliminación urinaria (0503)		Eliminación intestinal (0501)	
P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final
4	4	4	4	3	4	2	4
		4	4	3	4	4	4
				3	3		
4	4	8	8	9	11	6	8
Valoración Antes	Valoración Después	Valoración Antes	Valoración Después	Valoración Antes	Valoración Después	Valoración Antes	Valoración Después

Deterioro de la movilidad física r/c depresión m/p incapacidad psíquica.		Deterioro de la regulación del estado de ánimo r/c pensamientos recurrentes sobre el suicidio m/p actitud triste.		Patrón de sueño alterado r/c factores estresores m/p dificultad para permanecer dormido.		Descuido personal r/p incapacidad para mantener el control y temor a la institucionalización m/p higiene personal insuficiente.		Sufrimiento espiritual r/c baja autoestima m/p insuficiente sentido de vida percibido y desesperanza.	
Deambulaci3n segura (1926)		Autoestima (1205)		Sueño (0004)		Nivel de depresi3n (1208)		Estado de comodidad: psicoespiritual (2011)	
P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final	P. Inicial	P. Final
3	4	3	3	3	3	2	3	3	3
4	4	3	3	2	3	Autocuidados: Higiene (0305)		2	2
2	2			1	3	3	3	2	3
		Autocontrol del impulso suicida (1408)		2	3	3	3	2	3
		3	4	Nivel de depresi3n (1208)		Imagen corporal (1200)		Nivel de depresi3n (1208)	
		3	3	2	3	3	3	2	3
		3	3	2	3	3	4	2	3
		3	4					2	3
9	10	18	20	12	18	14	16	15	20
Valoraci3n Antes	Valoraci3n Despu3s	Valoraci3n Antes	Valoraci3n Despu3s	Valoraci3n Antes	Valoraci3n Despu3s	Valoraci3n Antes	Valoraci3n Despu3s	Valoraci3n Antes	Valoraci3n Despu3s

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

Diagnósticos	Indicadores con el modelo	Indicadores sin el modelo	Diferencia
Temor r/c el entorno desconocido m/p cambio en la frecuencia respiratoria y sensación de temor.	2	1	1
Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c ingesta insuficiente de alimentos m/p aversión por la comida.	2	2	0
Deterioro de la eliminación urinaria r/c el estado depresivo m/p nicturia.	3	3	0
Estreñimiento r/c depresión m/p disminución de la frecuencia de defecar.	2	2	0
Deterioro de la movilidad física r/c depresión m/p incapacidad psíquica.	3	3	0
Deterioro de la regulación del estado de ánimo r/c pensamientos recurrentes sobre el suicidio m/p actitud triste.	6	6	0
Patrón de sueño alterado r/c factores estresores m/p dificultad para permanecer dormido.	6	6	0
Descuido personal r/p incapacidad para mantener el	5	5	0

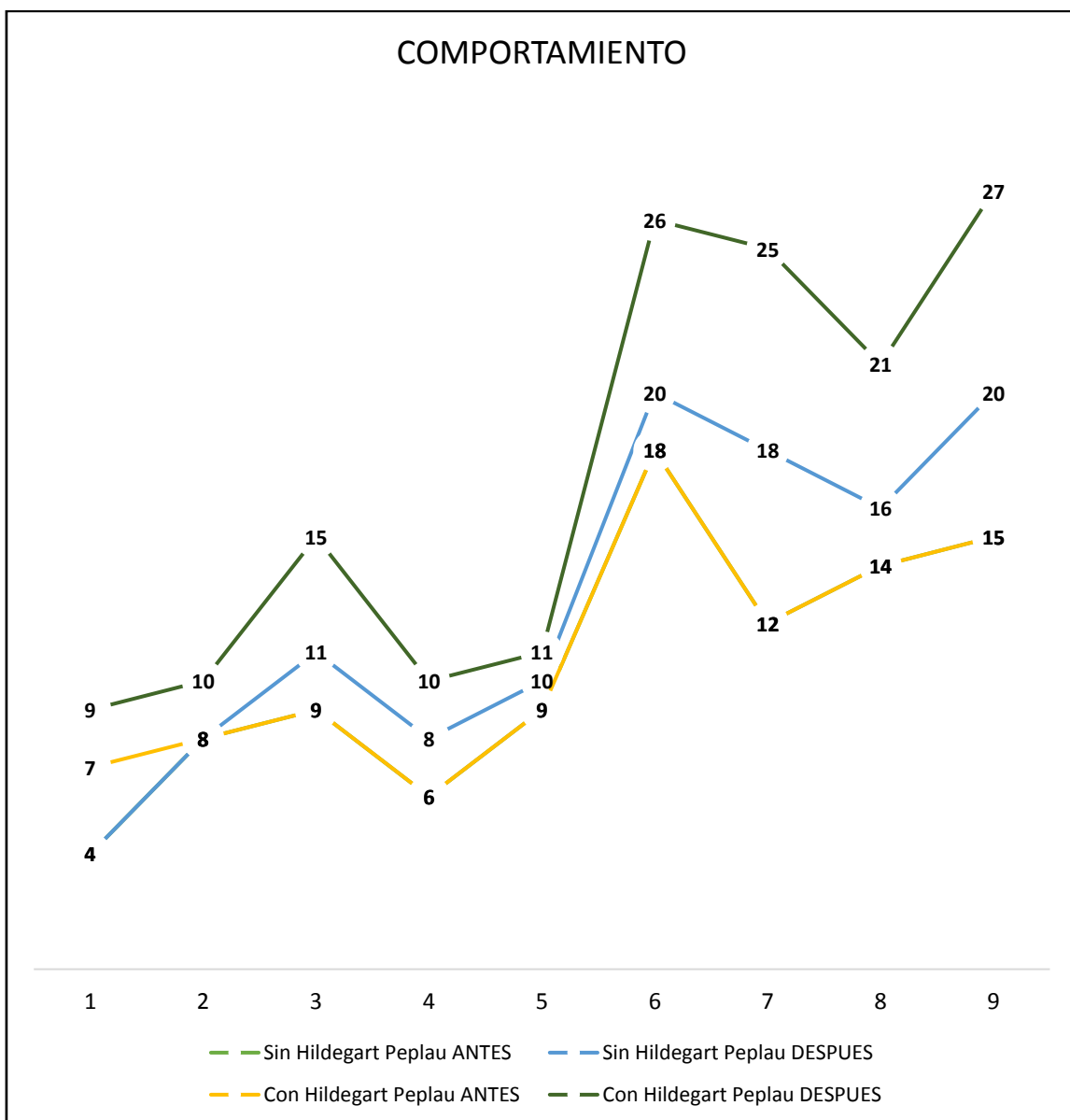
control y temor a la institucionalización m/p higiene personal insuficiente. Sufrimiento espiritual r/c baja autoestima m/p insuficiente sentido de vida percibido y desesperanza.

7

7

0

Gráfico de comportamiento



3.8. Prueba de normalidad

El test de *Shapiro-Wilks* plantea la hipótesis nula que una muestra proviene de una distribución normal, elegimos un nivel de significancia, por ejemplo 0,05, y tenemos una hipótesis alternativa que sostiene que la distribución no es normal.

- H0: La distribución es normal
- H1: La distribución no es normal

Con el Modelo de Hildegart Peplau

Pruebas de normalidad							
	Valoracion	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Puntaje obtenido	Inicial	,234	9	,168	,933	9	,507
	Final	,234	9	,170	,839	9	,056

a. Corrección de significación de Lilliefors

- P-valor obtenido = 0,507 > a 0,05
- P-valor obtenido = 0,056 > a 0,05

Sin el modelo de Hildegart Peplau

Pruebas de normalidad							
	Valoracion	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Puntaje obtenido	Inicial	,190	9	,200*	,972	9	,911
	Final	,175	9	,200*	,913	9	,338

*. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de significación de Lilliefors

- P-valor obtenido = 0,911 > a 0,05
- P-valor obtenido = 0,338 > a 0,05

Conclusión

Tomando esto en cuenta de acuerdo al p-valor es mayor al grado de significación por lo que rechazamos la hipótesis del investigador y aceptamos la hipótesis nula.

3.9. Prueba T de muestras relacionadas

El procedimiento Prueba T para muestras relacionadas compara las medias de dos variables de un solo grupo. El procedimiento calcula las diferencias entre los valores de las dos variables de cada caso y contrasta si la media difiere de 0.

- H0: La aplicación de los planes de cuidados no tienen efectos significativos en el paciente.
- H1: La aplicación de los planes de cuidados si tienen efectos significativos en el paciente.

Con la aplicación del modelo de Hildegart Peplau

Prueba de muestras emparejadas

	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
Par 1 Valoracion inicial - Valoracion Final	-6,222	4,206	1,402	-9,456	-2,989	-4,438	8	,002

- P-valor obtenido = 0,002 < a 0,05

Sin la aplicación del modelo de Hildegart Peplau

Prueba de muestras emparejadas

	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
Par 1 Valoracion inicial - Valoracion Final	-2,222	2,048	,683	-3,796	-,648	-3,255	8	,012

- P-valor obtenido = 0,012 < a 0,05

Conclusión

Hay una diferencia significativa en las medidas de valoración previo y después de la aplicación de los planes de cuidado.

Por lo cual se concluye que la aplicación del proceso enfermero basado en el modelo de Hildegart Peplau y sin la aplicación del modelo si tiene efectos significativos sobre la condición del paciente.

Comparación de las medias

Estadísticas de grupo					
	Tipo de atención	N	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio
Valoración	Aplicación del modelo	9	17,1111	7,60665	2,53555
	Sin la aplicación del modelo	9	12,7778	5,86894	1,95631

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Valoración	Se asumen varianzas iguales	2,305	,148	1,353	16	,195	4,33333	3,20253	-2,45572	11,12239
	No se asumen varianzas iguales			1,353	15,033	,196	4,33333	3,20253	-2,49140	11,15807

P-valor obtenido = 0,196 > a 0,05

Conclusión

- No hay una diferencia significativa en las medidas de valoración con y sin aplicación del modelo de Hildegart Peplau

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.CONCLUSIONES

1. Mediante la aplicación de la guía de valoración según las 14 necesidades de Virginia Henderson, se identificó y se priorizo los problemas de salud que presentaron los pacientes con depresión; alteraciones psicológicas, bradipnea, disminución del apetito, estreñimiento, nicturia, dificultad para conciliar el sueño, somnolencia, tristeza e ideas suicidas, falta de ilusión y somatización.
2. Se diseño 9 planes de atención de enfermería basados en las taxonomías NANDA, NIC y NOC para los pacientes con depresión, entre los más importantes se destacan las etiquetas diagnosticas de; temor, desequilibrio nutricional, deterioro de la regulación del estado de ánimo, patrón de sueño alterado, descuido personal y se ejecutaron las intervenciones de enfermería basadas en el modelo de Hildegard Peplau, quien establece la relación - enfermera paciente como un proceso terapéutico que ayuda a mejorar el estado de salud de los pacientes.
3. Una vez aplicado el proceso de atención de enfermería con el uso del modelo de Hildegard Peplau y sin el modelo, hacia los usuarios del segundo piso de hospitalización del Hospital Abel Gilbert Pontón, se procede a evaluar las intervenciones de enfermería con el método SOAP, y se logró resultados satisfactorios en la recuperación los pacientes.

Estadísticamente y de acuerdo a los resultados de la prueba de muestras emparejadas, el plan de atención de enfermería es una metodología útil en la recuperación del paciente con el empleo del modelo Hildegard Peplau y sin el modelo.
4. El plan enfermero con el modelo de Hildegard Peplau permite que el paciente se disponga de diferentes alternativas y actividades que el profesional de enfermería

puede ofrecer para mejorar el estado de salud, mientras que el plan sin el modelo establece un proceso poco flexible y actividades planteadas para mejorar la condición física antes que la condición psicológica y de relaciones interpersonales.

4.2. RECOMENDACIONES

- Se sugiere implementar la guía de valoración de enfermería según las 14 necesidades de Virginia Henderson, en las unidades de salud mental, con el fin de identificar los problemas de salud prioritarios.
- Se propone al personal de enfermería la aplicación del plan de atención de enfermería basada en el modelo de Hildegard Peplau, fortaleciendo las relaciones terapéuticas entre el paciente y el personal.
- Se recomienda al personal de enfermería realizar la evaluación de los planes de cuidados utilizando el método del SOAP pues es un elemento que nos permite valorar al paciente mediante el registro de: datos subjetivos expresados por el mismo, datos objetivos que se obtiene observando el estado físico, mental y emocional del paciente.
- Los profesionales de enfermería deben elaborar y aplicar los planes de cuidado con características flexibles y adaptadas a las necesidades de cada paciente, para brindar una atención integral y mantener el equilibrio físico y psicológico.

CAPITULO VI: MARCO ADMINISTRATIVO

6.1.Presupuesto

Presupuesto de recursos técnicos

Materiales	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Computador	1	500	500
Memoria USB	1	8	8
TOTAL			508

Presupuesto recursos materiales

Materiales	Cantidad	Valor unitario	Valor total
Impresión de oficios para la demanda del tema	2	\$ 0.25	\$ 0.50
Impresión de consentimientos informados para la obtención de la información del hospital.	10	\$ 0.25	\$ 2.50
Impresión de la guía de valoración	105	\$ 26.25	\$ 26.25
Impresión de borradores del estudio de caso	3	\$ 168.75	\$ 168.75
Grabación del estudio de caso en CD y elaboración de su portada	1	\$ 2.00	\$ 2.00
Transporte a Hospital de Especialidades Abel Girbert Ponton	3	\$ 36.00	\$ 36.00
TOTAL			\$ 744.00

6.2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

N°	ACTIVIDADES	RESPONSABLES							
		Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Agosto	
1	Selección y Denuncia del tema del estudio de Caso en la Unidad de Titulación.								Luisana Curi
2	Aprobación del temas y designación de Docente del proyecto de investigación								Luisana Curi
3	Elaboración de la primera parte del proyecto de investigación y solicitud para realizar del proyecto en el Hospital de Especialidades Abel Girbert Pontón								Luisana Curi
4	Elaboración de la guía de valoración								Luisana Curi Lic. Mery Rea
6	Tabulación y análisis de los resultados de la guía de valoración								Luisana Curi Lic. Mery Rea
8	Elaboración de los resultados alcanzados, compasión, conclusiones, recomendaciones y anexos.								Luisana Curi Lic. Mery Rea
9	Impresión y presentación de borradores, designación de pares académicos, correcciones y calificaciones.								Luisana Curi Lic. Mery Rea
10	Sustentación del proyecto de investigación.								Luisana Curi Lic. Mery Rea

Bibliografía

Clínica Baviera. (30 de Diciembre de 2019). *Descubre las principales causas de las ojeras*.

Obtenido de <https://www.clinicabaviera.com/blog/causas-de-las-ojeras-tratamiento/>

Organización Mundial de la Salud. (30 de 01 de 2020). *Depresión*. Obtenido de

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Acosta, N., Barrera, J. P., & López, M. G. (2017). *Cuidados de enfermería en paciente con*

depresión. Obtenido de http://congreso-enfermeria.es/libros/2012/salas/sala8/p_427.pdf

Alomoto, M., Calero, S., & Vaca, M. (marzo de 2018). *Intervención con actividad físico-recreativa para la ansiedad y la depresión en el adulto mayor*. Obtenido de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002018000100005

Álvarez, M. (29 de Diciembre de 2016). *Nocturia: la necesidad de orinar por la noche*.

Obtenido de <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/urologicas/incontinencia-urinaria/2015/12/29/nocturia-necesidad-orinar-noche-106970.html>

Amad, M., Cánovas, M., & Diaz, I. (abril de 2017). *Enfermería Global* N° 46 Abril 2017 Página

389 ORIGINAL; *¿Cómo ayuda la aplicación del proceso enfermero a las mujeres con diagnóstico ansiedad?* Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/1695-6141-eg-16-46-00389.pdf>

Anguiano, S. (27 de JUNIO de 2017). *PREVALENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS*. Obtenido de

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/905744/eureka-14-1-9.pdf>

Aparicio, D. (junio de 2016). *Machismo a la mexicana*. Obtenido de

<https://www.psyciencia.com/machismo-a-la-mexicana/>

Arcea, H., Gámizb, B. L., Navarro, M., & otros. (abril de 2015). *Enfermería en adicciones: El modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon. A propósito de un caso práctico*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista->

- trastornos-adictivos-182-articulo-enfermeria-adicciones-el-modelo-teorico-13045095
- Asociación Española de Salud Mental. (enero de 2019). *Hildegard Peplau. V CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL*. Obtenido de <https://www.aeesme.org/aeesme/hildegard-elizabeth-peplau/>
- Atención psicológica en Granada - Psicólogos. (2019). *Tratamiento psicologico de la depresión*. Obtenido de <https://www.cpaaronbeck.com/psicologos-granada/depresion.html>
- Baez, F., & Navarro, V. (09 de 2016). *El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería*. Obtenido de <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1476/1676>
- Bellido, J., & Bendinez, J. (2016). *Proceso Enfermero desde el modelo de Virginia Henderson y Lenguajes NN*. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. Obtenido de Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
- Bellido, J., & Lendínez, J. (2016). *Proceso Enfermerodesde el modelo de cuidadosde Virginia Henderson y los Lenguajes NNN*. Obtenido de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0714.pdf>
- Ben, Y. (2020). *¿Por qué es tan importante el tiempo libre para la salud física y mental?* Obtenido de <https://franquicias.remax.cl/blog/por-que-es-tan-importante-el-tiempo-libre-para-la-salud-fisica-y-mental>
- Berumen, E., Macías, A., & Bernal, G. (Marzo de 2016). *Incidencia de depresión y factores asociados en pacientes hospitalizados del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde. Un análisis de acuerdo al MINI Neuropsychiatric International Interview*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2011/md113e.pdf>
- Butcher, H., Bulechek, G., Dochterman, J., & otros. (2018-2020). Clasificación de

- Intervencions de Enfermeria NIC. En H. Butcher, G. Bulechek, J. Dochterman, & otros, *Clasificación de Intervencions de Enfermeria NIC* (págs. 15-40). España: Elsevier.
- Calderón, D. (28 de 08 de 2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Medica Herediana Scielo*, 4. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000300009
- Calderón, D. (2 de Julio de 2018). *Epidemiología de la depresión en el adulto mayor*. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2018000300009
- Cardenioso, R. (2016). *Historia Peplau*. Obtenido de <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/>
- Carreño, M. (11 de Marzo de 2017). *Retención urinaria psicógena*. Obtenido de <https://www.hola.com/salud/enciclopedia-salud/2010031145120/urologia/enfermedades-transtornos/retencion-urinaria-psicogena/>
- Carrillo, P., Ramirez, J., & Magania, K. (08 de marzo de 2015). *Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario*. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422013000400002
- Castagnetta, O. (2018). *Estrategias de afrontamiento: ¿qué son y cómo pueden ayudarnos?* Obtenido de <https://psicologiyamente.com/psicologia/estrategias-afrontamiento>
- Castrodad, J. (2018). *Actividades recreativas: una fuente de salud mental*. Obtenido de <https://www.aarp.org/espanol/salud/vida-saludable/info-2014/actividades-creativas-una-fuente-de-salud-mental.html>
- Chisholm, D. (junio de 2017). *La depresión es una de las principales causas de discapacidad, alerta la OMS*. Obtenido de

<https://news.un.org/es/story/2017/02/1374181#.WK8cNNLhDIU>

Clayton, P. (octubre de 2019). *Conducta suicida*. Obtenido de

<https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/conducta-suicida>

Comisión Consultiva de Cuidados de Enfermería. (2017). *Manual de procedimientos de enfermería de salud mental comunitaria en la salud de Madrid*. Obtenido de

<http://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Manual-Enfermeria-Salud-Mental-C-Madrid-2010-2011.pdf>

Cordero, M., Lorenzo, F., & Muñoz, O. (2015). *Los conocimientos sobre el sueño y los cuidados enfermeros para un buen descanso*. Obtenido de

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300005

Cornejo, P. (Junio de 2017). *El uso del ejercicio físico como intervención enfermera en pacientes con depresión leve y moderada*. Obtenido de

<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/11631/Cornejo%20Callejo%20Patricia.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Coryell, W. (Marzo de 2020). *Depresión*. Obtenido de <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/depresi%C3%B3n>

Coryell, W. (marzo de 2020). *Depresión*. Obtenido de

<https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/depresi%C3%B3n>

Eby, L., & Brown, N. J. (2016). *Cuidados de enfermería en salud mental*. Madrid: PEARSON EDUCACION S.A.

Echeverría, M. (noviembre de 2016). *Prevención de la depresión en jóvenes: Enfoque Positivo*.

Obtenido de <https://academica->

e.unavarra.es/bitstream/handle/2454/18553/Maite%20Echeverria%20Aleman.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Educaweb. (2021). *La importancia de las emociones en el proceso de aprendizaje, consejos para alcanzar los objetivos de estudio y estrategias para la autorregulación emocional.*

Obtenido de <https://www.educaweb.com/contenidos/educativos/tecnicas-estudio/como-influyen-emociones-aprendizaje/>

El comercio. (24 de Mayo de 2018). *Latinos y afros, más proclives a sufrir depresión que personas de raza blanca.* Obtenido de

<https://www.elcomercio.com/tendencias/salud/latinos-afros-depresion-estres-estudio.html>

Fernanda, T., & Caudillo, L. (2 de Enero de 2018). *Proceso de cuidados de enfermería. Un abordaje en urgencias a una paciente con trastorno depresivo.* Obtenido de

https://www.researchgate.net/publication/322192668_Proceso_de_cuidados_de_enfermeria_Un_abordaje_en_urgencias_a_una_paciente_con_trastorno_depresivo

Fitzgerald, D. (26 de agosto de 2020). *Nutricion y Salud Mental.* Obtenido de

<https://es.familydoctor.org/nutricion-y-salud-mental/amp/>

Flores, S., Huerta, Y., & Herrera, O. (2016). *Factores familiares y religiosos en la depresión .*

Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/jbhsi/v3n2/v3n2a7.pdf>

Galan, R. (2016). *Las cifras de la depresión.* Obtenido de <https://www.efesalud.com/las-cifras-de-la-depresion/>

Gallardo, L., & Sánchez, E. (7 de Julio de 2016). *PARTICIPACIÓN RELIGIOSA Y DEPRESIÓN EN PERSONAS MAYORES DE LA REGIÓN DE ARICA Y*

PARINACOTA, CHILE. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/339/33931446007.pdf>

Garces, M. (2016). *Diagnostico Enfermero.* Obtenido de

<https://es.slideshare.net/ErendiraGarces2/diagnostico-enfermero-77474272>

- Garces, W., & Zamora, V. (2018). *Cuidados de enfermería en adultos mayores con depresión*.
Obtenido de
<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/4191/1/CUIDADOS%20DE%20ENFERMERIA%20EN%20ADULTOS%20MAYORES%20CON%20DEPRESION.pdf>
- Garcia, J. (01 de abril de 2018). *Forma correcta de comer* . Obtenido de
<https://okdiario.com/salud/forma-correcta-comer-82909>
- Garcia, L. (2015). *Manejo del estreñimiento en los adultos ancianos*. Obtenido de
http://www.murciasalud.es/recursos/best_practice/1999_3_1_ESTRENYIMIENTO.pdf
- Garcia, S., Navío, A., & Morganizo, L. (2017). *Normas basicas para elbaoracion de registros de enfermeria*. Obtenido de file:///C:/Users/TOSHIBA/AppData/Local/Temp/335-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1322-1-10-20150609.pdf
- Gobierno de México. (26 de Agosto de 2018). *Los riesgos del estrés laboral para la salud*.
Obtenido de <https://www.insp.mx/avisos/3835-riesgos-estres-laboral-salud.html>
- Gomez, E. (2015). Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología (2a. ed.) . En E. Gomez, *Fundamentos de enfermería: ciencia, metodología y tecnología (2a. ed.)* (págs. 75-105). Editorial El Manual Moderno .
- Guarch, J., & Navarro, V. (2021). *Trastorno Depresivo*. Obtenido de
<https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/trastorno-depresivo/definicion>
- Guaya, M. (2016). “*Funcionalidad familiar, factores protectores y de riesgo de depresión en adultos mayores, región7delEcuador 2016*”. Obtenido de
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18359/1/tesis%20para%20la%20publica%202017.pdf>
- Herdman, H., & Kamitsura, S. (2018-2020). *Diagnosticos Enfermeros. NANDA Internacional* .
En H. Herdman, & S. Kamitsura, *Diagnosticos Enfermeros. NANDA Internacional* (págs. 104-148). España: Elsevier.

- Hernandez, J., Pont, R., & Miranda, B. (2017). *Importancia de la nocturia y su impacto en la calidad del sueño y en la calidad de vida en el paciente con hiperplasia benigna de próstata*. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062007000300010
- Hernández, Z., & Nava, G. (21 de Marzo de 2015). *Proceso de atención de enfermería en pacientes deprimidos*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123g.pdf>
- Ibarra, J., Fernandez, M., Aguas, E., & otros. (Octubre de 2017). *Efectos del reposo prolongado en adultos mayores hospitalizados*. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000400013
- Instituto de Cirugia Urologica Avanzada. (29 de junio de 2021). *¿LA ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN ESTÁN ASOCIADAS CON LA INCONTINENCIA URINARIA?* . Obtenido de <https://www.icua.es/incontinencia-urinaria/la-ansiedad-y-la-depresion-estan-asociadas-con-la-incontinencia-urinaria/>
- Instituto Floral de Bienestar Social. (2016). *Calidad de la Atención en los Servicios Sociales*. Obtenido de <https://www.ifbscalidad.eus/es/practicas/personas-con-discapacidad/practica/pr-111/>
- Jadan, C. (Noviembre de 2017). *“Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del Colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja”*, . Obtenido de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19702/1/Cristina%20Yasmin%20Jad%C3%A1n%20L%C3%B3pez.pdf>
- Jara, F., & Lizano, A. (octubre de 2016). *Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-aplicacion-del->

proceso-atencion-enfermeria-S1665706316300410

JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN - CONSEJERÍA DE SANIDAD. (2018). *Causas y factores*

de riesgo de la enfermedad. Obtenido de

<https://www.saludcastillayleon.es/AulaPacientes/es/guia-depresion/causas-factores-riesgo-enfermedad>

Lade, B., & Umpierre, V. (2016). *Manejo del paciente con constipación*. Obtenido de

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v34n3/v34n3a02.pdf>

Lorenzo, J., Díaz, H., & Ordoñez, L. (1 de Septiembre de 2019). *Caracterización clínica y*

terapéutica del episodio depresivo en pacientes hospitalizados. Obtenido de

<http://www.revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3874/html>

Luk, e., Gilman, S., Haynie, D., & otros. (23 de Julio de 2018). *Orientación sexual y depresión*

en adolescentes . Obtenido de

<https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=92758>

Margolis, K. (07 de mayo de 2019). *Explican por qué el malestar gastrointestinal suele unirse*

a la depresión . Obtenido de

<https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/explican-por-que-el-malestar-gastrointestinal-suele-unirse-a-la-depresion-2271>

Martínez, C., Mejía, C., & Landa, M. (2021). *Depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados*

en el servicio de Medicina Interna del Hospital Escuela Universitario de Honduras.

Obtenido de

<https://revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/901/1411>

Martinez, D. (15 de octubre de 2019). *87Abordaje de enfermería basado en el modelo de*

Peplau sobre el control de impulsos ineficaz . Obtenido de

<http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v38n1/0121-4500-aven-38-01-87.pdf>

Mayo Clinic. (27 de septiembre de 2017). *Depresion y ansiedad: hacer ejercicio puede aliviar*

los sintomas . Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/in-depth/depression-and-exercise/art-20046495>

Mayo Clinic Family Health Bok. (7 de Diciembre de 2018). *Autolesiones/cortes*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/self-injury/symptoms-causes/syc-20350950>

Menni, A. (2019). *Hermanas hospitalarias*. Obtenido de <https://www.aita-menni.org/es/noticias/ocio-tiempo-libre-salud-mental-13161.html>

Ministerio de Salud Publica. (Diciembre de 2017). *Diagnostico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos*. Obtenido de Guia de Practica Clinica : https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069_MSP_Gui%CC%81a_DEPRESION_20180228_D.pdf

Ministerio de Salud Publica. (12 de Diciembre de 2017). *Dignostico y Tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo ecurrente en adultos*. Obtenido de Tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo ecurrente en adultos Guia Practica Clinica : https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069_MSP_Gui%CC%81a_DEPRESION_20180228_D.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2017). *Guia de Practica Clinica Diagnóstico y tratamiento del episodio depresivo y del trastorno depresivo recurrente en adultos*. Obtenido de Dirección Nacional de Normatización: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/02/61069_MSP_Gui%CC%81a_DEPRESION_20180228_D.pdf

Ministerio de Salud Publica. (abril de 2020). *Día Mundial de la Salud, con el tema “Depresión: Hablemos”*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/>

Ministerio de Salud Pública. (abril de 2020). *Día Mundial de la Salud, con el tema “Depresión: Hablemos”*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia>

mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/

- Miranda, M., Christello, V., Portello, J., & otros. (octubre de 2015). *Apoyo emocional ofrecido por el equipo de enfermería a pacientes hospitalizados*. Obtenido de <http://www.index-f.com/evidentia/n40/ev7822.php>
- Miro, E. (14 de Enero de 2016). *Patrones de sueño y salud*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/337/33720206.pdf>
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & otros. (2018-2020). Clasificación de Resultados de Enfermería NOC. En S. Moorhead, E. Swanson, M. Johnson, & otros, *Clasificación de Resultados de Enfermería NOC* (págs. 5-51). España: Elsevier.
- Moya, M. (2018). *Factores que influyen en la no aplicación del proceso de atención de enfermería, en el ámbito hospitalario*. Obtenido de <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/28681/2/Proyecto%20Completo%20PAE.%20Fer%20Moya.pdf>
- Muñoz, H. (22 de Abril de 2016). *Somatización: consideraciones diagnósticas*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v17n1/v17n1a09.pdf>
- Naranjo, Y., González, L., & Sánchez, M. (2017). *Proceso de atención de enfermería desde la perspectiva docente*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2018/amc186n.pdf>
- Olliere, S., Lacasta, D., Castro, J., & otros. (2015). *¿Toman los pacientes deprimidos el tratamiento prescrito? Estudio descriptivo sobre el cumplimiento del tratamiento antidepressivo*. Obtenido de <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/13/73/ESP/13-73-ESP-288-293-142298.pdf>
- Ontiveros, M. (2016). *Depresión y Calidad de la Dieta: Revisión Bibliográfica*. Obtenido de <https://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/depresin-y-calidad-de-la-dieta-revisinbibliografica.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (abril de 2017). *Depresión*. Obtenido de <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (28 de Noviembre de 2019). *Trastornos mentales*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Salud mental*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
- Ortega, A. (2015). *La depresión y la actividad física*. Obtenido de <https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/4205>
- Ortiz, A. (2016). *Funciones o roles de enfermería*. Obtenido de <https://yoamoenfermeriablog.com/2019/05/21/funciones-o-roles-de-enfermeria/>
- PARDO, J., & RIASCOS, M. (2016). *FACTORES DE RIESGO Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD MANÍACO DEPRESIVA DE PERSONAS QUE CONSULTARON AL HOSPITAL MENTAL DE RISARALDA –HOMERIS -EN EL PRIMER SEMESTRE DE 2016*. Obtenido de <https://repository.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/16028/FACTORES%20DE%20RIESGO%20Y%20CUIDADOS%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Peña, A., & Perez, B. (julio de 2016). *Aplicación de la teoría de Peplau en pacientes* . Obtenido de <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/762/737>
- Perez, K., Enriquez, R., Llanos, G., & otros. (agosto de 2014). *Guía de Intervención mhGAP para trastornos mentales y por el uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Obtenido de <https://enlace.17d07.mspz9.gob.ec/biblioteca/promo/ambulatorio/supervision/GU%C3%8DA%20DE%20INTERVENCION%20MHGAP.pdf>
- Pérez, M., Herrera, T., & Martín, M. (07 de Noviembre de 2018). *Cuidados de enfermería en pacientes con depresión*. Obtenido de

<https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?wurl=cuidados-de-enfermeria-en-pacientes-con-depresion>

Pérez, M., Tirado, E., & otros. (Julio de 11 de 2018). *Cuidados de enfermería en pacientes con depresión*. Obtenido de Cuidados de enfermería en pacientes con depresión.:

<https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/volumen.php?wurl=cuidados-de-enfermeria-en-pacientes-con-depresion>

Permuy, C., Vigil, F., & Cordova, V. (2017). *La organización de la información de los controles administrativos de enfermería en base de datos*. Obtenido de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000500011

Pino, D. (2015). *revalencia de depresión en pacientes oncológicos que permanecen hospitalizados y su relación con los aspectos socio-demográficos y clínicos de la enfermedad, en el Hospital Oncológico de "SOLCA" núcleo Quito - Ecuador, octubre - noviembre de 2015*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/5350>

Plazas, L. (08 de 2020). *Intervenciones de Enfermería* . Obtenido de

<https://enfermeriabuenosaires.com/intervenciones-nic>

Ponti, L. (11 de 2020). *La evolución de la enfermería*. Obtenido de

<https://www.teseopress.com/enfermeriayeducacion/chapter/capitulo-i-la-evolucion-de-la-enfermeria/>

Quintana, E. (5 de Marzo de 2018). *EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA DEPRESIÓN MAYOR*. Obtenido de

<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/11613/Quintana%20Calder%C3%B3n%20Elena.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Ribas, J. (2007). Incidencia de depresión en pacientes hospitalizados, período 15 de noviembre de 2006 al 15 de marzo de 2007, hospital Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón. Obtenido de <file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/230-394-1-SM.pdf>

Ribas, J. (2016). *Incidencia de depresión en pacientes hospitalizados, período 15 de noviembre de 2006 al 15 de marzo de 2007, hospital Guayaquil “Dr. Abel Gilbert Pontón”*. .

Obtenido de

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjPp4e0_7ruAhVB11kKHS_KAUQQFjAAegQIARAC&url=http%3A%2F%2Feditorial.ucsg.edu.ec%2Fojos-medicina%2Findex.php%2Fucsg-medicina%2Farticle%2Fdownload%2F230%2F192&usg=AOvVaw1B1cnV0a6WG3jKZk5

Rodriguez, H. (2016). *Evolución de enfermería*. Obtenido de

https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/2_2.htm

Rodríguez, S., Jara, F., & Espina, M. (4 de Septiembre de 2017). *La higiene en los pacientes hospitalizados por parte de Enfermería*. Obtenido de [https://www.revista-](https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/higiene-pacientes-hospitalizados/)

[portalesmedicos.com/revista-medica/higiene-pacientes-hospitalizados/](https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/higiene-pacientes-hospitalizados/)

Rodriguez, T., Garcia, C., & Perez, C. (2015). *Técnicas de relajación y autocontrol emocional*.

Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1800/180019787003.pdf>

Rojas, Z. (2016). *El examen psiquiátrico del paciente*. Obtenido de

<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/examenpsiquiatria.pdf>

Romero, M. (2015). *Plan de intervención de enfermería en depresión*. Obtenido de

<https://core.ac.uk/download/pdf/289971827.pdf>

Ronald, R. (2020). *¿Cómo prevenir la depresión y la ansiedad en las personas mayores?* .

Obtenido de Sanitas: <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/habitos-vida-saludable/prevenir-depresion.html>

RPP Noticias. (20 de Abril de 2016). *La depresión duele, aspectos físicos y emocionales*.

Obtenido de <https://rpp.pe/lima/actualidad/la-depresion-duele-aspectos-fisicos-y-emocionales-noticia-789465>

- Salcedo, J., Zavala, E., Salazar, S., & otros. (17 de 12 de 2020). Adultos jóvenes hospitalizados por COVID-19. *Scielo*. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v37n4/1728-5917-amp-37-04-568.pdf>
- Saldaña, A., Marcela, D., & Malaver, B. (2016). *Intervención de enfermería en los pacientes con depresión después de un infarto agudo del miocardi*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145216898008>
- Salud, O. M. (15 de Diciembre de 2019). *De qué manera se puede prevenir y enfrentar la depresión*. Obtenido de <https://www.eluniverso.com/noticias/2019/12/07/nota/7638746/como-enfrentar-depresion/>
- Sánchez, M. (25 de Febrero de 2020). *Depresión*. Obtenido de <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/psiquiatricas/depresion.html>
- Santander, E. (septiembre de 2017-2018). *Aplicación del modelo de Hildegard Peplau en los cuidados de enfermería del personal que labora en el área de medicina interna (clínica 2) del hospital de especialidades José Carrasco Arteaga. Cuenca.* . Obtenido de <http://186.5.103.99/bitstream/reducacue/8199/1/9BT2018-ETI20.pdf>
- Sillas, D., & Jordán, M. (2016). *Autocuidado elemento esencial de la enfermera*. Obtenido de <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>
- Silva, J. (27 de febrero de 2020). *Como una buena alimentación cuida tu salud mental*. Obtenido de <https://www.clinicaalemana.cl/articulos/detalle/2020/como-una-buena-alimentaci%C3%B3n-cuida-tu-salud-mental>
- Soto, A. (2018). *Programación de la Atención de Enfermería*. Obtenido de file:///C:/Users/TOSHIBA/AppData/Local/Temp/2010_0_ENFPROEN12.pdf
- Stella, F., & Bucken, L. (2016). *Síntomas depresivos y trastorno motor en pacientes con enfermedad de Parkinson*. Obtenido de

- https://sid.usal.es/idocs/F8/ART13657/sintomas_depresivos_y_trastorno_motor.pdf
- Sudupe, A., & Diaz, F. (2017). *Depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital General*. Obtenido de <file:///C:/Users/TOSHIBA/Downloads/Dialnet-DepresionEnPacientesHospitalizadosEnElServicioDeMe-4661733.pdf>
- Taha, N., Florenzano, R., & Sieverson, C. (2015). *La espiritualidad y religiosidad como factor protector en mujeres depresivas con riesgo suicida: consenso de expertos*. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v49n4/art06.pdf>
- Tejada, D. (2013). *TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA SALUD PÚBLICA EN EL CONTEXTO DE LAS CRISIS ACTUALES EN AMÉRICA LATINA*. Obtenido de <https://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2013/08/La-teoria-y-la-practica-en-la-salud-David-Tejada-de-Rivero.pdf>
- Torrens, I., Arguelles, R., Lorente, P., & otros. (8 de Marzo de 2019). *Prevalencia de insomnio y características de la población insomne de una zona básica de salud de Mallorca (España)*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6930951/>
- Twery, M. (julio de 2021). *Los beneficios de dormir*. Obtenido de <https://salud.nih.gov/articulo/los-beneficios-de-dormir/>
- Valencia, U. I. (06 de 02 de 2017). *Proceso de atención de enfermería: concepto y etapas*. Obtenido de <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/proceso-de-atencion-de-enfermeria-concepto-y-etapas>
- Vaquero, R., Alacid, F., Muyor, J., & otros. (abril de 2015). *Imagen Corporal*. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112013000100004
- Vasquez, M. (Marzo de 2020). *Resolución 06120. Caminando hacia el empoderamiento de Enfermería*. Obtenido de <http://bo.unsa.edu.ar/cdsalud/R2020/R-CDSALUD-2020-061.pdf>

Zambrano, M. (2016). *SEMILOGÍA PSIQUIÁTRICA*. Obtenido de

[https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiqiatr%C3%ADa/ca
p-5.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiqiatr%C3%ADa/ca
p-5.htm)

ANEXOS

Anexo N°1. Oficio para la aprobación del tema

Guaranda, 19 de enero del 2021



Arq.

CESAR PAZMIÑO

DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

Presente

De mi consideración

Con un cordial y afectuoso saludo, cumpliendo con lo establecido en el reglamento de titulación [yo como estudiante de la Escuela de Enfermería, **CURI CHILUIZA LUISANA MARIBEL**, CI: 030179490-6, indicando a usted que he seleccionado la modalidad de titulación Proyecto de investigación, con el tema, **Proceso de Atención de Enfermería en pacientes con síndrome depresivo, según la teoría de Hildegard E. Peplau, en el Hospital Abel Gilbert Pozón, periodo enero-mayo 2021**, por lo que solicito comedidamente el análisis, aprobación y designación de tutor para iniciar el proceso de titulación.

Por la atención prestada anticipo nuestro agradecimiento.

Atentamente

Curi Chiluiza Luisana Maribel

030179490-6

Anexo N°2. Aprobación del tema



CARRERA DE ENFERMERÍA

FACULTAD DE
CIENCIAS DE
LA SALUD Y
DEL SER HUMANO

Guaranda, 02 de febrero del 2021
Oficio Nro. 027 - 2021 - CCE

Doctor
Alex Aldas Lozada
Director
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES GUAYAQUIL DR. ABEL GILBERT PONTÓN
Ciudad

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo de quienes hacemos la carrera de Enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar, a la vez comedidamente solicito su autorización y apertura para que los estudiantes de la Unidad de Titulación de la carrera de Enfermería apliquen el Trabajo de Titulación en la Casa de Salud que usted lo dirige; facilite la recolección de información para el desarrollo de los temas a investigar según se detalla:

	TEMA	AUTORES
1	"PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA SEGUN EL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON A PACIENTES ADULTOS CON REDUCCION ABIERTA DE FRACTURA CON FIJACION EXTERNA DE TIBIA Y PERONÉ. ÁREA POST-TRAUMATOLOGIA QUIRURGICA HOSPITAL DR. ABEL GILBERT PONTON 2021"	GUAMBUGUETE DORYS FIERRO HOLGER
2	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SÍNDROME DEPRESIVO SEGÚN LA TEORÍA DE HILDEGARD PEPLAU. HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN. ENERO-MAYO 2021	CURI CHILUIZA LUISANA MARIBEL
3	"PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA SEGÚN LA TEORÍA DE PATERSON Y ZDERAD A PACIENTES ONCOLÓGICOS. ÁREA DE DIÁLISIS HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN. PERIODO ENERO MAYO 2021"	LARA QUIROLA ANDY STEEVEN, VALVERDE GAIBOR JOSSELIN PAOLA,

Al conocer su compromiso y contribución con la gestión académica e investigativa, agradezco.

Atentamente,

Lic. Vanessa Mite
Coordinadora

c.c. Archivo

ovmmc

Dirección: Av. Ernesto Che Guevara y Gabriel Secalra
Guaranda-Ecuador
Teléfono: (593) 3220 6059
www.ueb.edu.ec

**ACTA DE LA REUNION DE LA COMISIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN
DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA**

Siendo las 11 y 10 horas de miércoles 20 de Enero 2021, se da inicio a la reunión convocada, a la misma que asisten las siguientes personas:

ID: <https://cedta.zoom.us/j/09439927404>

No	NOMBRE	CARGO
3	Lic. Esthela Guerrero	RESPONSABLE DE INVESTIGACIÓN
4	Lic. Mery Rea	COORDINADORA

Desarrollo de la reunión

1.- Análisis de las modalidades de trabajo de titulación solicitadas por los estudiantes y asignación de Docentes tutores.

	TEMA PROPUESTO	TEMA REVISADO / OBSERVACIONES	MODALIDAD	AUTORES
1	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS QUE PRESENTAN ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (COVID-1) DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO, 2021 LÍNEA: DESARROLLO HUMANO SUB- LÍNEA: SALUD Y BIENESTAR HUMANO CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO	CAMBIAR EL TEMA Y ESTABLECER PRIORIDADES	PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	CHIMBOLEMA, JONNY ANDINO GUALLI MARIA
2	VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA DEL PROYECTO "NIÑOS CON FUTURO" EN LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL PARROQUIA SIMIATUG ENERO-ABRIL 2021 LÍNEA: DESARROLLO HUMANO SUB- LÍNEA: SALUD Y BIENESTAR HUMANO NUTRICIÓN	PRACTICAS ALIMENTARIAS Y SU RELACIÓN CON EL SÍNDROME METABÓLICO EN PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL GUARANDA, ENERO-ABRIL 2021	PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	LUIS GUAMÁN COLLAY NANCY PUNNA TAMAMI TUTORA DRA. PAOLA ROMERO
3	*CARACTERIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA DE 36-64 AÑOS QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD CORDERO CRESPO		PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	CARMEN ALBIÑO RIBADENEIRA LETICIA MORETA PILAMALA TUTOR DR. FRANKLIN JARRIN

	GUARANDA EN EL PERIODO 2021." LINEA: DESARROLLO HUMANO SUB- LINEA: SALUD Y BIENESTAR HUMANO DISCAPACIDAD	TEMA APROBADO		
4	DISFUNCION FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS DE 1 A 6 AÑOS. HOSPITAL BÁSICO JOSÉ CEVALLOS RUIZ. ENERO- ABRIL DEL 2021. LINEA: DESARROLLO HUMANO SUB- LINEA: SALUD Y BIENESTAR HUMANO SALUD INFANTL	DISFUNCION FAMILIAR Y SU INFLUENCIA EN EL DESARROLLO COGNITIVO EN NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS. HOSPITAL BÁSICO JOSÉ CEVALLOS RUIZ. ENERO- ABRIL DEL 2021.	PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	MICHELE LAGUAS PAREDES PAOLA BORJA SISALEMA TUTORA LIC. ESTHELA GUERRERO
5	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA DE LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS. HOSPITAL ABEL GILBERTH PONTÓN. ENERO-MAYO 2021. LINEA: DESARROLLO HUMANO SUB- LINEA: SALUD Y BIENESTAR HUMANO	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SINDROME DEPRESIVO SEGÚN LA TEORIA DE HILDEGARD PEPLAU. HOSPITAL ABEL GILBERTH PONTÓN. ENERO-MAYO 2021	PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	LUISANA CURI CHILUISA TUTORA LIC. MERY REA
6	"EXPERIENCIA DE LAS MADRES EN EL CUIDADO AL RECIEN NACIDO PREMATURO HOSPITALIZADO EN EL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO PERIODO ENERO -ABRIL 2021" LINEA: DESARROLLO HUMANO SUB- LINEA: SALUD Y BIENESTAR	DEFENDER EL MISMO TEMA	ESTUDIO DE CASO	RUBEN PASTO

7	<p>HUMANO SALUD INFANTIL</p> <p>"EXPERIENCIAS CON EL CUIDADO ENFERMERO EN NIÑOS HOSPITALIZADOS. HOSPITAL ALFREDO NOBOA 2020-2021"</p> <p>LINEA: DESARROLLO HUMANO SUB- LINEA: SALUD Y BIENESTAR HUMANO</p> <p>CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO</p>	<p>VINCULO AFECTIVO DE LA PROFESIONAL ENFERMERA POR SU CONDICIÓN DE MUJER Y MADRE EN EL CUIDADO A NIÑOS HOSPITALIZADOS. HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO 2021</p>	<p>ESTUDIO DE CASO</p>	<p>ALEJANDRA MARTINEZ TAPIA ANDREA CARVAJAL ANALUIZA</p> <p>TUTOR EN ESPERA</p>
8	<p>"EXPERIENCIA DE LOS ESTUDIANTES DE BACHILLERATO SOBRE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR DURANTE EL CONFINAMIENTO DE LA UNIDAD EDUCATIVA "ROBERTO ARREGUI CHAUVIN" DEL CANTÓN GUARANDA PERIODO ENERO- MARZO 2021"</p> <p>LINEA: DESARROLLO HUMANO SUB- LINEA: SALUD Y BIENESTAR HUMANO</p> <p>VIOLENCIA</p>	<p>"RELATOS SOBRE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN EL CONFINAMIENTO POR COVID -19. UNIDAD EDUCATIVA "ROBERTO ARREGUI CHAUVIN". GUARANDA. ENERO- MARZO 2021"</p>	<p>ESTUDIO DE CASO</p>	<p>RAQUEL GUAMÁN GAIBOR SEBASTIAN JAYA GUANANGA</p> <p>TUTORA</p> <p>LIC. VANESSA MITE</p>

2.- Analisis de las similitudes de modificación en el tema de trabajo de titulación

TEMA APROBADO	TEMA PROPUESTO	TUTORA/O
Experiencias de docentes y estudiantes sobre su aprendizaje en tiempos de pandemia por COVID -19. Carrera de Enfermería. Universidad Estatal de Bolívar. 2020	Experiencias de estudiantes sobre su aprendizaje en tiempos de pandemia por COVID -19. Carrera de Enfermería. Universidad Estatal de Bolívar. 2020	Dr. Oswaldo López
Prácticas de sanación para EL afrontamiento de COVID 19 durante el confinamiento. Comunidad de Vinchoa Central y Vinchoa Grande. 2020	“Prácticas de sanación para el afrontamiento de COVID-19, durante el confinamiento. Comunidad Vinchoa. Noviembre 2020 – marzo 2021.”	Lic. Esthela Guerrero

Resolución

Se resuelve: Aceptar el cambio propuesto

3.- Lectura y resolución del documento de la Srta estudiante: **MARÍA ALEJANDRA ESCOBAR CARVAJAL** y **DORIS ALEXANDRA ROJAS PASTO**, solicitando cambio de tutora.

Resolución

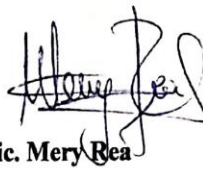
Se resuelve: Notificar a las autoridades: Coordinadora de Carrera y Decano

Siendo las 12: 45 horas se da por concluida la reunión.



Lic. Esthela Guerrero

DOCENTE RESPONSABLE
DE INVESTIGACIÓN



Lic. Mery Rea

COORDINADORA UNIDAD
TITULACIÓN

**CONVOCATORIA A LA COMISIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN DE LA
CARRERA DE ENFERMERÍA**

Fecha: 20 de Enero 2021

Hora: 11 00 horas

ID: <https://us02.zoom.us/j/80439027404>

No	NOMBRE	CARGO
1	Arq. César Pazmiño	DECANO
2	Lic. Vanessa Mite	COORDINADORA DE CARRERA
3	Lic. Esthela Guerrero	RESPONSABLE DE INVESTIGACIÓN
4	Lic. Mery Rea	COORDINADORA

Puntos a tratar:

- 1.- Análisis de las modalidades de trabajo de titulación solicitadas por los estudiantes y asignación de Docentes tutores.

	TEMA PROPUESTO	MODALIDAD	AUTORES
1	PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS QUE PRESENTAN ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (COVID-1) DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA MONTENEGRO. 2021 LINEA: DESARROLLO HUMANO SUB- LINEA: SALUD Y BIENESTAR HUMANO CALIDAD DEL CUIDADO ENFERMERO	PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	CHIMBOLEMA. JONNY ANDINO GUALLI MARIA
2	VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA DEL PROYECTO "NIÑOS CON FUTURO" EN LOS CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL PARROQUIA SIMIATUG ENERO-ABRIL 2021 LINEA: DESARROLLO HUMANO SUB- LINEA: SALUD Y BIENESTAR HUMANO NUTRICIÓN	PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	LUIS ABRAHAN GUAMÁN COLLAY NANCY BEATRIZ PUNINA TAMAMI TUTOR PROPUESTO DRA. PAOLA ROMERO

Anexo N°3. Carta compromiso

Guayaquil, 14 de mayo del 2021

Doctor,
Freddy Olaya
CORDINADOR DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
Presente.

De mis consideraciones:

Yo CURI CHILUIZA LUISANA MARIBEL CI 0201794906 Interna de Enfermería quien voy a Titularme como Licenciada en Enfermería. Me comprometo a entregar una fiel copia de mi Trabajo de Investigación Final (Tesis) al Hospital Docente de Especialidades "Dr. Abel Gilbert Pontón", una vez presentada a la Universidad de Estatal de Bolívar y realizadas las correcciones solicitadas por el Tutor Revisor.

Agradecemos de antemano la atención prestada a la presente.

Atentamente


Srta. Curi Chiluitza Luisana Maribel

Correo:
luisana.curi@gmail.com

Anexo N°4. Acta compromiso

Guayaquil, 14 mayo del 2021

Doctor.
ALEX FERNANDO ALDAZ LOZADA
DIRECTOR ASISTENCIAL
Presente.

De mis consideraciones:

Yo Curi Chiluiza Luisana Maribel estudiante de Enfermería, quien voy a Titularme como Licenciada en Enfermería, le brindo un cordial saludo, la presente es para solicitar su autorización para recabar información datos Estadísticos, de las Historias Clínicas de pacientes de este hospital estos datos serán usados con el fin de aportarme información a mi trabajo de titulación que presentare previo a mi graduación cuyo tema es: **“PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON SINDROME DEPRESIVO, SEGÚN LA TEORIA DE HILDEGARD E. PEPLAU, EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN, PERIODO ENERO-MAYO 2021.”** CIE-10 (F13)

Agradezco de antemano la atención prestada y agradezco su pronta respuesta.

Atentamente



Sr./Srta. Curi Chiluiza Luisana Maribel
Cedula: 0201794906

Correo:luisana.curi@gmail.com

Anexo N°5. Formato de confidencialidad por acceso a la información



ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD POR ACCESO A INFORMACIÓN EN TEMAS RELACIONADOS A SALUD

El (la) Señor (a) Curi Chiluiza Luisana Maribel con cargo, Estudiante de la carrera de enfermería de la Universidad Estatal de Bolívar que en adelante se denominará el INTERESADO, de manera libre y voluntaria, y en el uso de sus capacidades, suscribe el presente Acuerdo de Confidencialidad al tenor de las siguientes cláusulas:

Cláusula Primera.- ANTECEDENTES:

El artículo 18 numeral 2 de la Constitución de la República del Ecuador, ordena que:

“Todas las personas, en forma individual o colectiva, tienen derecho a: 2. Acceder libremente a la información generada en entidades públicas, o en las privadas que manejen fondos del Estado o realicen funciones públicas. No existirá reserva de información excepto en los casos expresamente establecidos en la ley. En caso de violación a los derechos humanos, ninguna entidad pública negará la información”.

La Norma Suprema en su artículo 362 prescribe:

“ (...) Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes (...)”

La Ley Orgánica de Salud, determina:

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública (...)

5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información

El artículo 5 de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, prescribe: *“Se considera información pública, todo documento en cualquier formato, que se encuentre en poder de las instituciones públicas y de las personas jurídicas a las que se refiere esta Ley, contenidos, creados u obtenidos por ellas, que se encuentren bajo su responsabilidad o se hayan producido con recursos del Estado.”*

El artículo 6 de la Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, determina: *“Se considera información confidencial aquella información pública personal, que no está sujeta al principio de publicidad y comprende aquella derivada de sus derechos personalísimos y fundamentales, especialmente aquellos señalados en los artículos 23 y 24 de la Constitución Política de la República.*

*El uso ilegal que se haga de la información personal o su divulgación, dará lugar a las acciones legales pertinentes (...).”**

El artículo 179 del Código Integral Penal tipifica que:

“La persona que teniendo conocimiento por razón de su estado u oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño a otra persona y lo revele, será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a un año”.

Cláusula Segunda.- OBJETO:

En virtud de las disposiciones legales invocadas en la cláusula anterior, el INTERESADO se comprometo a guardar sigilo y reserva sobre la información y documentación que se maneja en el Ministerio de Salud Pública y que pueda poner en riesgo la seguridad de la información.

Cláusula Tercera.- OBLIGACIONES:

El INTERESADO ha sido informado y acepta que en atención a la naturaleza de la información y a los riesgos que el mal uso y/o divulgación de la misma implican para el Ministerio de Salud Pública, por tanto se obliga a mantener el sigilo de toda la información que por razones de sus actividades tendrá acceso. Se obliga a abstenerse de usar, disponer, divulgar y/o publicar por cualquier medio, verbal o escrito, y en general, aprovecharse de ella en cualquier otra forma, o utilizarla para efectos ajenos a lo requerido por el INTERESADO.

Cláusula Cuarta.- SANCIONES:

Como interesado en la información, he sido informado y quedo sometido a las Leyes y Reglamentos pertinentes sobre la materia, principalmente, quedo advertido de las sanciones penales que para estos casos establece la legislación ecuatoriana. En especial conozco que el incumplimiento de lo previsto en este “Acuerdo de Confidencialidad (...)” acarreará las siguientes sanciones:

Para los INTERESADOS (servidores públicos) podrá ser sancionado de conformidad con lo determinado en la Ley Orgánica del Servicio Público, en su Capítulo IV Del Régimen Disciplinario.

Para los INTERESADOS (ciudadano no servidor público, podrá ser sancionado de acuerdo a las disposiciones establecidas en el Código Integral Penal ecuatoriano.

Cláusula Quinta.- DECLARACIÓN:

El interesado declara conocer la información que se maneja en esta Cartera de Estado y utilizará en virtud de sus competencias la mencionada información únicamente para los fines para los cuales se le ha permitido acceso a la misma, debiendo mantener dichos datos de manera reservada, en virtud de la protección de que gozan de conformidad con la legislación vigente.

El interesado declara, además, conocer la normativa que regula la confidencialidad de la documentación, en especial las previsiones de la Constitución de la República, Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley Orgánica del Servicio Público y el Código Orgánico Integral Penal.

Anexo N°6. Oficio de modificación del tema



Guaranda, 09 de Junio del 2021

Licenciada
MERY REA GUAMÁN
COORDINADORA DE LA UNIDAD DE TITULACIÓN - UEB
Presente,

De mi consideración -

Reciba un atento y cordial saludo, a la vez ambelamos éxitos en sus actividades académicas y personales en bien de la comunidad universitaria.

Nosotros, **LUISANA MARIBEL CURI CHILUIZA** con C.I.: 0201794906, por medio de la presente solicitamos se nos apruebe el cambio de tema de nuestro proyecto de titulación de "PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON SINDROME DEPRESIVO, SEGÚN LA TEORIA DE HILDEGARD E. PEPLAU, EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN, PERIODO ENERO-MAYO 2021." a "APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO EN PACIENTES CON DEPRESION, SEGÚN EL MODELO DE HILDEGARD E. PEPLAU, COMPARADO CON LA PPLICACION DEL PROSCESO SIN EL MODELO DE PEPLAU EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN, 2021 PERIODO ENERO-MAYO 2021".

Este cambio en el tema lo solicitamos debido a que el responsable de la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital Abel Gilbert Pontón el Dr. Juan Carlos Moreira nos sugirió el tema antes descrito bajo la justificación de obtener mayor impacto y mejores resultados de la investigación a realizarse.

Por la atención a la presente le extendemos nuestros sinceros agradecimientos.

NOTA: se adjunta tema, línea y sublínea del Proyecto de Titulación.

Atentamente,

Srta. Luisana M. Curi Chiluiza

C.I.: 020179490-6
Estudiante de la Carrera de Enfermería

APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO EN PACIENTES CON DEPRESION,
SEGÚN EL MODELO DE HILDEGARD E. PEPLAU, COMPARADO CON LA
PLICACION DEL PROSCESO SIN EL MODELO DE PEPLAU EN EL HOSPITAL
ABEL GILBERT PONTÓN, 2021 PERIODO ENERO-MAYO 2021”.

TEMA

Línea: Desarrollo Humano

Sub línea: Salud y Bienestar Humano Calidad del cuidado del enfermero

Anexo N°7. Solicitud aprobada para recabar información



Ministerio de Salud Pública
Hospital de Especialidades Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón"
Área de Docencia e Investigación

Memorando N° HAGP-2021-UDI-086-M
Guayaquil, junio 15 del 2021

Doctor
Eduardo Godo Valera
LIDER DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
Presente

De mis consideraciones:

A través de la presente solicito a usted, muy comedidamente se sirva brindar las facilidades a la estudiante CURI CHILUIZA LUISANA MARIBEL, quien se encuentra realizando su tema de tesis "PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON SÍNDROME DEPRESIVO, SEGÚN LA TEORÍA DE HIDEGARD E. PEPLAU" para la cual deberá recabar información en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón" durante el periodo comprendido enero–mayo del 2021.

Agradeciéndole por la atención brindada.

Atentamente,

Dra. Grace Moscote Solórzano
Líder de Docencia e Investigación
Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón





Ministerio de Salud Pública
Hospital de Especialidades Guayaquil "Dr. Abel Gilbert Pontón"
Área de Docencia e Investigación

Memorando N° HAGP-2021-UDI-085-M
Guayaquil, junio 15 del 2021

Licenciada
Jenny Loor Menéndez
LIDER DE ENFERMERIA 2DO PISO
Presente

De mis consideraciones:

A través de la presente solicito a usted, muy comedidamente se sirva brindar las facilidades a la estudiante CURI CHILUIZA LUISANA MARIBEL quien se encuentra realizando su tema de tesis "PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON SÍNDROME DEPRESIVO, SEGÚN LA TEORÍA DE HIDEGARD E. PEPLAU" para la cual deberá recabar información en el Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón" durante el periodo comprendido enero-mayo del 2021.

Agradeciéndole por la atención brindada.

Atentamente,


Dra. Grace Moscoso Solorzano
Líder de Docencia e Investigación
Hospital de Especialidades Guayaquil Dr. Abel Gilbert Pontón



Anexo N°8. Guía de valoración



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO

TEMA: APLICACIÓN DEL PROCESO ENFERMERO EN PACIENTES CON DEPRESION, SEGÚN EL MODELO DE HILDEGARD E. PEPLAU, COMPARADO CON LA PLICACION DEL PROSCESO SIN EL MODELO DE PEPLAU EN EL HOSPITAL ABEL GILBERT PONTÓN, PERIODO ENERO-MAYO 2021

Autor: Luisana Curi

Tutora: Lic. Mery Rea

Objetivo: Aplicar el proceso de atención de enfermería en pacientes con depresivo, según la teoría de Hildegard E. Peplau, en el Hospital Abel Gilbert Pontón.

Anexo 1: GUÍA DE VALORACIÓN SEGÚN LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Sexo: _____ **Edad:** _____

Etnia: _____ **Estado civil** _____

Diagnóstico médico: _____ **CIE 10:** _____

Fecha de valoración: _____

Responsable: _____

Días de Hospitalización: _____

Signos vitales:

Frecuencia respiratoria _____ Frecuencia cardiaca _____

Presión arterial _____ Saturación de oxigeno _____

Temperatura _____

NECESIDADES BÁSICAS

NECESIDAD 1 -RESPIRAR NORMAMENTE

Capacidad respiratoria:

Normal ___ Bradipnea ___ Taquipnea ___ Apnea ___ Disnea ___

Alteraciones psicológicas

Nerviosismo _____ Culpa _____ Miedo _____

Irritabilidad _____ Palpitaciones _____ Sofocación _____ Optimismo exagerado _____

Confusión mental _____

NECESIDAD 2 – ALIMENTACIÓN/HIDRATACIÓN

Apetito:

Normal _____ Aumentado _____ Disminuido _____ Perdido _____

Síntomas digestivos:

Nauseas _____ Vómitos _____ Distensión abdominal _____ Diarreas _____ Ninguno _____

Necesidad para alimentarse

Solo _____ Con ayuda _____ otros _____

NECESIDAD 3 – ELIMINACIÓN

Nº de deposiciones/día

1 vez _____ 2 veces _____ 3 veces _____

Alteraciones intestinales:

Incontinencia Fecal _____ Estreñimiento _____ Gases _____ Dolor al defecar _____

Nº de micciones/ noche

1 vez _____ 2 veces _____ 3 veces _____

Alteraciones urinarias:

Incontinencia urinaria _____ Oliguria _____ Nicturia _____ Ninguno _____

Recursos para ayudar a la eliminación:

Fármacos /laxantes _____ Sondaje vesical _____ Pañal _____ Ninguno _____

NECESIDAD 4 – MOVILIZACIÓN

Situación habitual:

Ambulatorio _____ Silla-cama _____ Encamado _____

Ejercicio físico habitual:

Sedentarismo _____ Incapacidad física _____ Incapacidad psíquica _____

Limitaciones para moverse:

Brazos _____ Piernas _____ Ninguno _____

Uso de equipos auxiliares:

Ninguno _____ Bastón _____ Silla de ruedas _____

Alteraciones motoras

Inhibición _____ Agitación _____ Temblores _____ Tics _____ Ninguno _____

NECESIDAD 5 – SUEÑO/DESCANSO

Cuántas horas duerme

4 a 6 horas _____ 6 a 8 _____ 8 a 10 _____ 10 o mas _____

Cambios en el patrón sueño/descanso

Dificultad para conciliar el sueño _____ Interrupción del sueño _____ Duerme durante el día

Sonambulismo _____ Pesadillas _____

Aparición de signos físicos:

Ojeras _____ Esclerótica enrojecida _____ Bostezos frecuentes _____

Efectividad del patrón sueño/descanso

Descanso _____ Termina cansado _____ Somnolencia _____

Ayuda para conciliar el sueño:

Fármacos _____ Relajación _____ Medidas Naturales _____ Ninguno _____

NECESIDAD 6 – VESTIRSE/DESVESTIRSE

Aspecto general:

Adecuado _____ Exagerado _____ Descuidado _____

Percepción personal al vestuario:

Ajustado a la realidad _____ Confuso _____

Disposición para vestirse y desvestirse

Solo _____ Con ayuda _____

NECESIDAD 7 – TERMORREGULACIÓN

Temperatura: _____

Signos asociados:

Escalofríos____Deshidratación____Sudoración ____Calor____ Ninguna _____

NECESIDAD 8 – HIGIENE/PIEL

Aspecto general:

Adecuado _____ Descuidado _____

Estado de piel y mucosas:

Integra _____ Deshidratada _____ Ictérica _____ Palidez _____

Lesiones de la piel:

Ulceras por presión ____ Traumatismo ____ Cortes ____ Quemaduras ____

Eritema ____

Tipo de ayuda

Solo _____ Con ayuda _____

NECESIDAD 9 – SEGURIDAD

Días de hospitalización: ____

Nivel de conciencia:

Consiente ____ Somnoliento ____ -Confuso ____ Orientado ____ Desorientado ____

Estado de ánimo:

Ansioso ____ Agresivo ____ Triste ____ Eufórico ____ Irritado _____

Melancólico _____

Conductas peligrosas:

Impulsividad _____ Inquietud _____ Ninguna _____

Alteración del contenido de la consciencia:

Trastorno de la identidad del yo _____ Des realización _____

Des personalización _____ Percepción amenazante del entorno _____

Alteración del contenido del pensamiento/suicidio _____

Alteración de la percepción:

Auditivas _____ Gustativas _____ Visuales _____ Táctiles _____

Olfativas _____ Ninguna _____

Hábitos tóxicos

Tabaco _____ Alcohol ____ Drogas ____ Medicamentos _____ Ningunos _____

NECESIDAD 10 – COMUNICACIÓN

Estado de ánimo:

Tranquilo ___ Ansioso ___ Nervioso ___ Eufórico ___ Preocupado ___

Tristeza _____

Organización del pensamiento –lenguaje:

Coherente _____ Delirante/Confuso _____ Confuso _____

Disposición para expresarse

Fluida ___ Insulsez ___ Poca sintonización ___ Conversación aburrida ___ Poco

ágil ___ Grosera _____

Identidad sexual:

Heterosexual _____ Homosexual _____ Otro _____

Recursos personales

Capacidad de afrontamiento _____ Habilidad para solucionar problemas _____

Participación en actividades lúdicas _____

NECESIDAD 11 – CREENCIAS Y VALORES

Religión que profesa:

Católico _____ Evangélico _____ Mormón _____ Otros _____

Problemas emocionales:

Falta de ilusión _____ Desesperanza _____ Ideas de suicidio _____ Ninguno _____

NECESIDAD 12 – TRABAJAR/REALIZARSE

Instrucción escolar:

Primaria ___ Secundaria ___ Bachillerato ___ Tercer nivel _____

Actividades que realiza:

Trabajar _____ Vender _____ Pintar _____

NECESIDAD 13 – OCIO

Nº de horasocio/semanal _____

0 a 2 horas _____ 3 a 4 horas _____ 5 a 8 _____

Preferencias de ocio:

Televisión _____ Música _____ Leer _____ Dormir _____ Ninguno

Respuesta ante situaciones estresantes:

Somatización _____ Inhibición _____ Agitación _____

NECESIDAD 14 – APRENDER

Circunstancias que influyen en el aprendizaje:

Limitaciones físicas _____ Limitaciones cognitivas _____

Estado emocional _____

Interés por aprender:

SI _____ NO _____

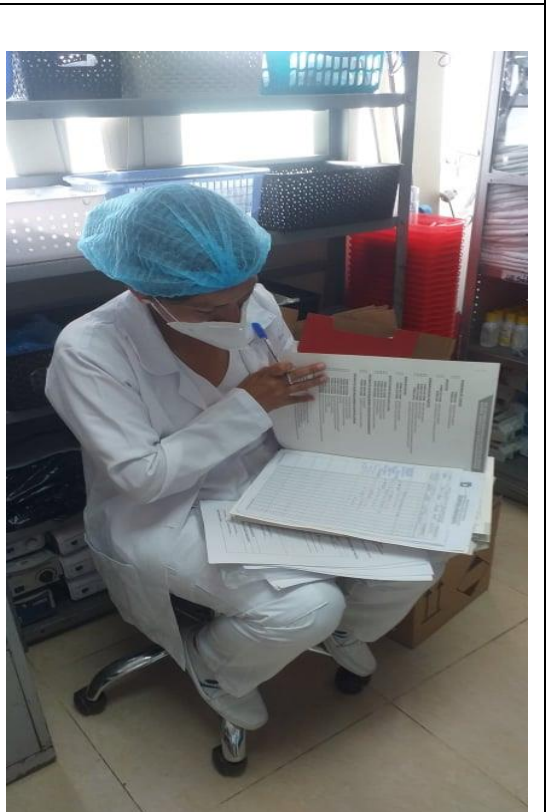
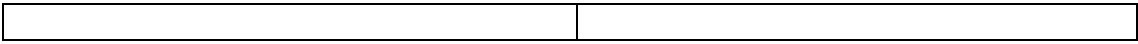
Anexo N°9. Aplicación de la guía

Evidencias de la aplicación de la guía de valoración a los pacientes con depresión en el Hospital Abel Gilbert Pontón de Guayaquil en el segundo piso en el área de psiquiatría y psicología

Segundo piso en el área de psiquiatría y psicología

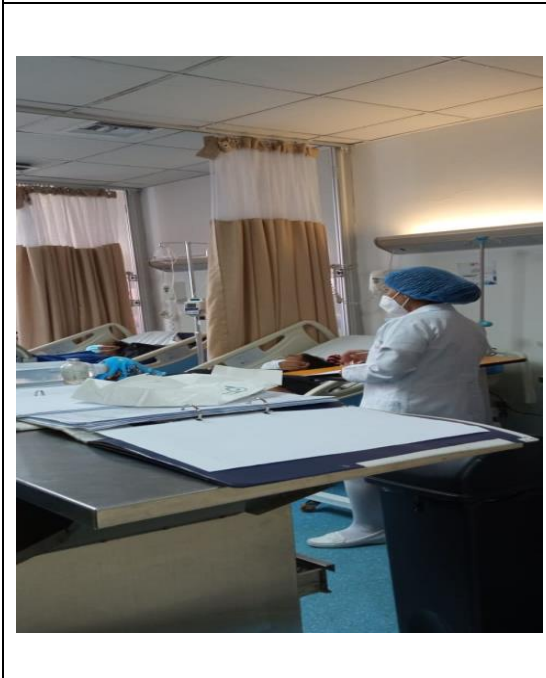
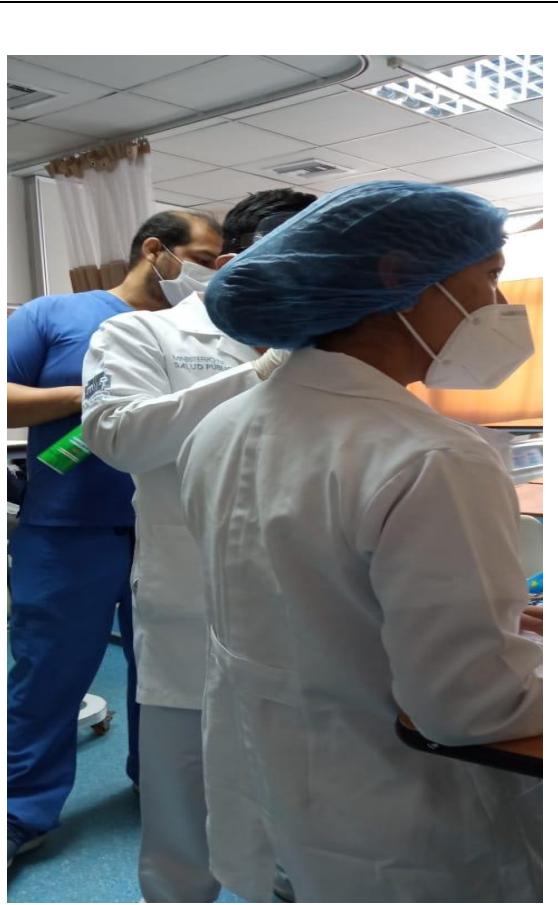


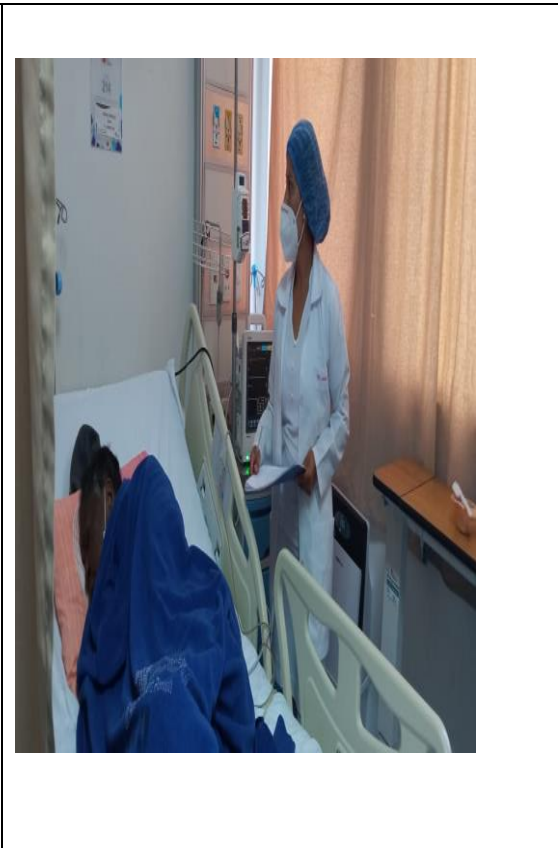
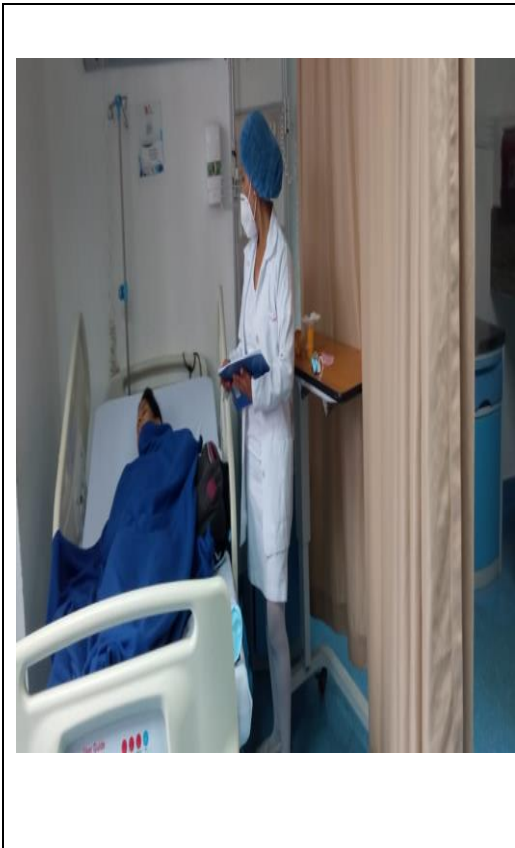


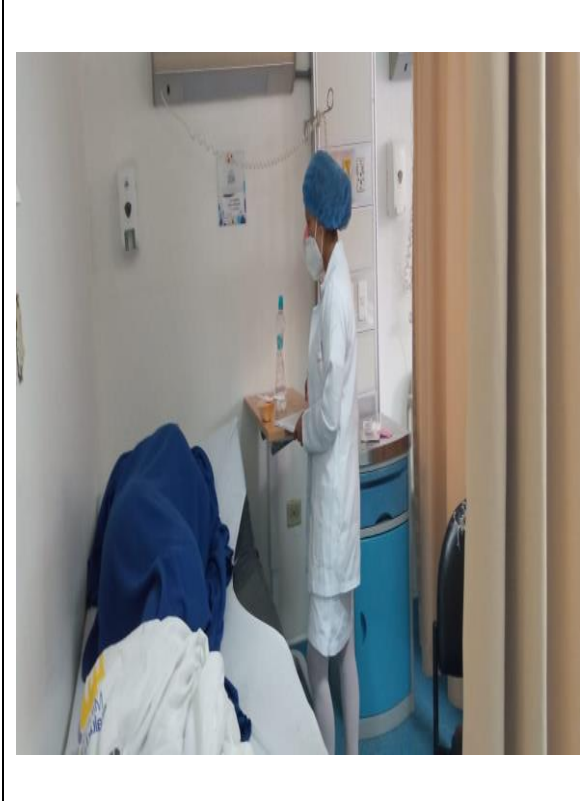
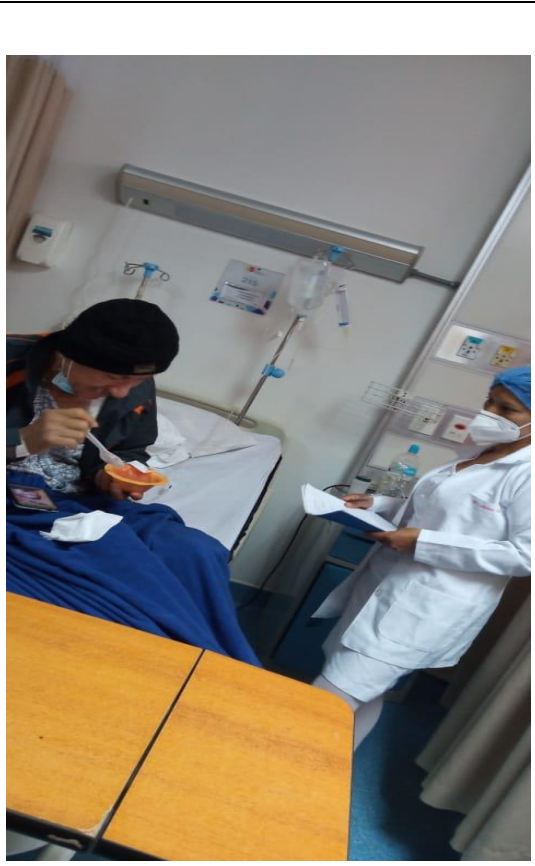
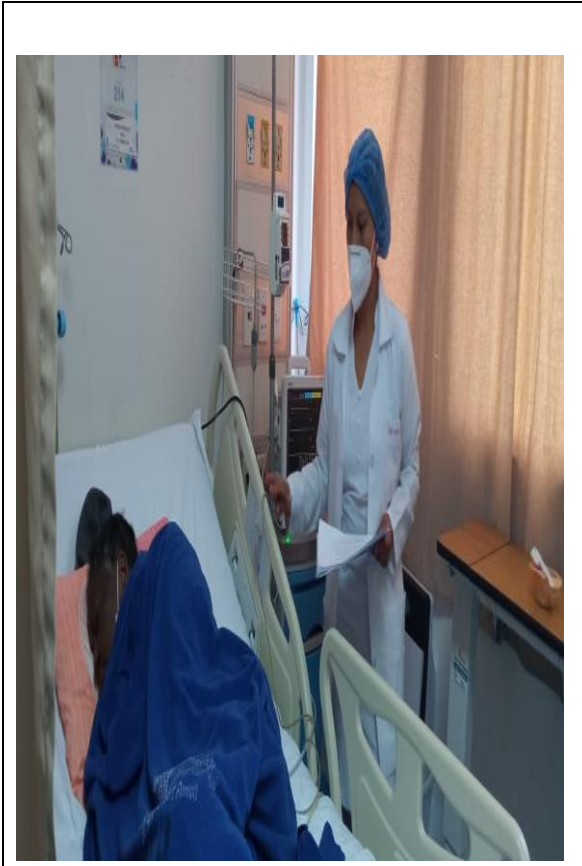


Anexo N°10. Aplicación y evaluación de los planes de cuidado.









Anexo N°11. Reporte Urkund.

The image shows a screenshot of the Urkund document viewer. At the top, the document is identified as 'TESIS URKUND 2021.docx' (ID: D111266486), presented on 2021-06-15 10:54:05. The sender is 'ppachala.ueo@analisis.orkund.com' and the recipient is 'kariana.cun@gmail.com'. A message indicates that 6% of the 50 pages contain text from 44 sources.

The 'Lista de fuentes' (List of sources) section on the right lists several PDF files, including 'Practicum_1.pdf', 'TRABAJO_PRACTICAS_PRIMERO_ENFERMERIA.pdf', 'SEMINARIO 2 VALORACION GERIATRICA INTEGRAL CHIANA ETIENBERIA BURLADA- 4407902...', 'BASE DE CURAS.pdf', 'TRABAJO_PRACTICAS_PRIMERO-ANA_CUCHI.pdf', 'Trabajo_de_practicas_ALBA_CASTILLO.pdf', and 'torres y zarvia.docx'.

The main text area shows the beginning of a document with a table of contents. The visible text includes:

- Capítulo I: El problema 14.1. Planteamiento del problema 14.1.1. Formulación del problema 17 1.1.2. Justificación 18 1.3. Objetivos 20 1.3.1. Objetivo general 20 1.3.2. Objetivos específicos 20 Capítulo II: Marco teórico 21 2.1. Antecedentes 23 2.1.1. Bases teóricas 25 2.1.1.1.
- Proceso de atención de enfermería 31 Tabla 3. Valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson. 37 2.1.3. Taxonomías NANDA 46 2.1.4. Taxonomía NIC 51 2.1.5. Taxonomía NIC 54 2.1.6. Modelo teórico de Hildegard E. Peplau 56 2.1.7. Teoría psicodinámica de Hildegard E. Peplau. 57 2.1.8. Roles de la enfermera en la relación enfermera-paciente 58 2.1.9. Síndrome Depresivo 61 2.2. HIPOTESIS 73 2.3. VARIABLES 74 Variable Independiente. 74 Variable Dependiente. 74 2.4. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES 75 2.5. Glosario 89
- CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO 91 3.1.1. Por su enfoque 91 3.1.2. Por su diseño 91 3.1.3. Por su alcance 91 3.1.4. Por el tiempo de ocurrencia 91 3.1.5. Por su tipo 91 3.1.6. Por su fuente 91 3.2. Técnicas e instrumentos para la obtención de datos 92 3.3. Población y muestra 92 3.3.1. Criterios de inclusión 93 3.3.2. Criterios de exclusión 93 3.4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS 94 CAPÍTULO IV: RESULTADOS ALCANZADOS 100 4.1. OBJETIVOS PLANTEADOS 107 4.1.1. Descriptivo comparativo con la aplicación del modelo de Hildegard Peplau 202 4.1.2. Prueba de normalidad 190 4.1.3. Prueba T de muestras relacionadas 199
- CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 201 5.1. CONCLUSIONES 201 5.2. RECOMENDACIONES 205
- CAPÍTULO VI: MARCO ADMINISTRATIVO 206 6.1. Presupuesto 206 6.2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 207
- Bibliografía 208
- ANEXOS 224 Anexo N°1. Oficio para la aprobación del tema 224 Anexo N°2. Aprobación del tema 225 Anexo N°3. Carta compromiso 234 Anexo N°4. Acta compromiso 235 Anexo N°5. Formato de confidencialidad por acceso a la información 237 Anexo N°6. Oficio de modificación del tema 239 Anexo N°7. Solicitud aprobada para recibir información 242 Anexo N°8. Guía de valoración 244 Anexo N°9. Aplicación de la guía 250 Anexo N°10. Aplicación y evaluación de los planes de cuidado. 253 Anexo N°11. Reporte Urkund 257

A blue ink signature is visible over the text in the lower right quadrant of the document page.

