



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN DEPRESIÓN DESDE EL  
ENFOQUE DE DOROTHEA OREM

CRUZ GUANOQUIZA JOEL LUCIANO  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

ZAPATA MONCADA JOSELYN GISELLA  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA  
2021



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN DEPRESIÓN  
DESDE EL ENFOQUE DE DOROTHEA OREM

CRUZ GUANOQUIZA JOEL LUCIANO  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

ZAPATA MONCADA JOSELYN GISELLA  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MACHALA  
2021



# UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

TRABAJO TITULACIÓN  
ANÁLISIS DE CASOS

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN DEPRESIÓN DESDE EL ENFOQUE  
DE DOROTHEA OREM

CRUZ GUANOQUIZA JOEL LUCIANO  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA

ZAPATA MONCADA JOSELYN GISELLA  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA

FLOREANO SOLANO LILIAN MARISOL

MACHALA, 05 DE ENERO DE 2021

MACHALA  
2021

# Análisis de caso

## INFORME DE ORIGINALIDAD

2%

INDICE DE SIMILITUD

2%

FUENTES DE  
INTERNET

0%

PUBLICACIONES

0%

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1

[foros.hispavista.com.gt](http://foros.hispavista.com.gt)

Fuente de Internet

<1%

2

[scielosp.org](http://scielosp.org)

Fuente de Internet

<1%

3

[todoendepresion.blogspot.com](http://todoendepresion.blogspot.com)

Fuente de Internet

<1%

4

[www.sagarpa.gob.mx](http://www.sagarpa.gob.mx)

Fuente de Internet

<1%

5

[transparencia.ni.gob.mx](http://transparencia.ni.gob.mx)

Fuente de Internet

<1%

6

[destudiantil.ubiobio.cl](http://destudiantil.ubiobio.cl)

Fuente de Internet

<1%

7

[www.metabase.net](http://www.metabase.net)

Fuente de Internet

<1%

8

[repositorio.unu.edu.pe](http://repositorio.unu.edu.pe)

Fuente de Internet

<1%

9

[gezonderleven.com](http://gezonderleven.com)

Fuente de Internet

<1%

## CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Los que suscriben, CRUZ GUANOQUIZA JOEL LUCIANO y ZAPATA MONCADA JOSELYN GISELLA, en calidad de autores del siguiente trabajo escrito titulado PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN DEPRESIÓN DESDE EL ENFOQUE DE DOROTHEA OREM, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

Los autores declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.


Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Los autores como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 05 de enero de 2021

  
CRUZ GUANOQUIZA JOEL LUCIANO  
0706827847

  
ZAPATA MONCADA JOSELYN GISELLA  
0706251121

## **DEDICATORIA**

Dedicamos el presente trabajo principalmente a Dios, por habernos permitido llegar hasta este momento tan importante en nuestras vidas. A nuestras familias, por su trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos. Ha sido el orgullo y el privilegio de ser parte de ustedes, a la institución por brindarnos los conocimientos necesarios y las oportunidades de estudio que nos forjaron como profesionales. A todas las personas que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos. un agradecimiento especial a Santos Moncada por brindar su apoyo constante en vida y que ahora nos guía desde el cielo en nuestras próximas metas y nos da la inspiración necesaria para no rendirnos.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos a Dios por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad. Gracias a nuestros padres: Lucía Zapata; Jesús Cruz y Leonor Guanoquiza, por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado. Agradecemos a la institución y a nuestros docentes: Dra. Ana Iraizos, Lic. Ana Suconota, Lic. Irlandia Romero y demás docentes que por no ser mencionados no los hace de menor importancia en su labor, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión.

## RESUMEN

### PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN DEPRESIÓN DESDE EL ENFOQUE DE DOROTHEA OREM

CRUZ G. JOEL L.; ZAPATA M. JOSELYN G.; FLOREANO S. LILIAN M.; JARA C. HAYNE P.; ERAS C. JANETTE E.

Cerca de 600 millones de personas en América Latina persisten con depresión, teniendo un aumento de mortalidad y disminución en la calidad de vida, si a esto le sumamos la tuberculosis, la depresión gana más terreno por los diferentes factores de dicha enfermedad que hacen que el estado depresivo aumente; La depresión es conocida como un trastorno mental caracterizado por una extensa variedad de sintomatología emocional, físicos, cognitivas y del comportamiento. Debe ser atendida por el primer nivel de atención de salud, el cual deberá crear e incluir también de las ya existentes, acciones preventivas en sus planes de cuidado además de promover el apoyo psicológico para los pacientes y sus familias independientemente de la enfermedad que estén enfrentando. Por estos motivos decidimos realizar el presente trabajo enfocado a mejorar el cuadro depresivo en paciente que presenta dicha enfermedad ¿Cuáles fueron los resultados de las intervenciones de enfermería aplicadas en un paciente con depresión por tuberculosis perteneciente al Centro de salud “El Aguador” de la ciudad de Machala del año 2020? Con el título “Proceso de atención de enfermería en depresión enfoque de Dorothea Orem”, para ello nuestro objetivo de investigación fue analizar el caso clínico de un adulto joven con depresión por tuberculosis. El tipo de investigación implementada en este análisis de caso fue cualitativo debido a la observación directa del paciente e historia clínica, el método de estudio fue descriptivo con la respectiva búsqueda bibliográfica relacionadas a depresión, cuidados y resultados de otros autores haciendo la adecuada comparación con relación a nuestro caso clínico; mediante los formatos de Nanda-Nic – Noc y el modelo de Dorothea Orem basada en 3 teorías: del autocuidado, déficit del autocuidado y por sistemas de enfermería de ellas se obtuvo los respectivos planes de cuidado y objetivos tanto para el paciente como para el enfermero. El proceso de atención de enfermería implementado en este estudio se realizó teniendo en cuenta cada etapa haciendo su respectiva relación, a medida que se realizó la evaluación se planificaron los cuidados a realizar de las cuales se plantearon interrogantes como: ¿Cuál debe ser la dieta adecuada? ¿Qué técnicas se deben implementar para disminuir la depresión? Los resultados fueron favorables evidenciados en los cambios del comportamiento de la depresión, como: cambios del estado de ánimo, mejoría de su autoestima, aceptación de críticas constructivas, mejoría en la nutrición, lográndose un peso

adecuado para su edad y estatura siendo esto la iniciativa para que el paciente continúe por sí solo con el tratamiento. En conclusión, la depresión en este análisis de caso jugó un papel importante dentro de la vida diaria del paciente, debido a que tuvo un cambio significativo, y las estrategias planificadas lo motivaron. Por lo que se recomienda actuar de manera rápida, mediante la creación y aplicación de estrategias que permitan mejorar el estado de ánimo del paciente, estas estrategias pueden ser: terapias de relajación, mejorar la autoestima, el régimen dietético en los casos de desnutrición por depresión o actividades que ayuden a salir de la rutina diaria aportando energía y motivación, entre otros que se mencionan dentro del contenido.

**Palabras clave:** depresión, tuberculosis, Dorothea Orem, déficit de autocuidado y autoestima.



## ABSTRACT

### NURSING CARE PROCESS IN DEPRESSION FROM THE DOROTHEA OREM APPROACH

CRUZ G. JOEL L.; ZAPATA M. JOSELYN G.; FLOREANO S. LILIAN M.; JARA C. HAYNE P.; ERAS C. JANETTE E.

About 600 million people in Latin America persist with depression, having an increase in mortality and a decrease in the quality of life, if we add tuberculosis to this, depression gains more ground due to the different factors of said disease that make the depressive state increases; Depression is known as a mental disorder characterized by a wide variety of emotional, physical, cognitive and behavioral symptoms. It should be attended by the first level of health care, which should also create and include from the existing ones, preventive actions in their care plans in addition to promoting psychological support for patients and their families regardless of the disease they are facing. For these reasons we decided to carry out this work focused on improving the depressive picture in a patient with this disease. ¿What were the results of the nursing interventions applied to a patient with depression due to tuberculosis belonging to the "El Aguador" Health Center in the city of Machala of the year 2020? With the title "Nursing care process in depression, Dorothea Orem's approach", for this our research objective was to analyze the clinical case of a young adult with depression due to tuberculosis. The type of research implemented in this case analysis was qualitative due to direct observation of the patient and medical history, the study method was descriptive with the respective bibliographic search related to depression, care and results of other authors, making the appropriate comparison with relation to our clinical case; Using the Nanda-Nic-Noc formats and the Dorothea Orem model based on 3 theories: self-care, self-care deficit and by nursing systems, the respective care plans and objectives were obtained for both the patient and the nurse. The nursing care process implemented in this study was carried out taking into account each stage making its respective relationship, as we made its evaluation to agree on the care to be carried out, more doubts were presented of which questions can be asked at the end of the study. The results were favorable evidenced in the level of depression in their actions, change in mood, improved their self-esteem, accepted constructive criticism, achieved an appropriate weight for their age and height, this being the initiative for the patient to continue on his own with the treatment. In conclusion, depression in this case analysis played an important role in the patient's daily life, which had a significant decrease due to the strategies that motivated him among them: activities that promoted good nutrition, physical activity, good dress and above all to raise self-esteem, these were the reasons

why the patient lowered his level of depression. Therefore, it is recommended to act quickly, by creating and applying strategies to improve the patient's mood, these strategies can be: relaxation therapies, improve self-esteem, the diet in cases of malnutrition due to depression or activities that help to get out of the daily routine providing energy and motivation, among others that are mentioned within the content.

**Keywords:** depression, tuberculosis, Dorothea Orem, self-care deficit and self esteem.

## INDICE DE CONTENIDO

<b>RESUMEN.....</b>	<b>2</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO I: GENERALIDADES DEL OBJETIVO DE ESTUDIO .....</b>	<b>10</b>
1.1 DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO .....	10
1.2 HECHOS DE INTERÉS.....	11
1.3 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN .....	12
<b>CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA – EPISTEMOLOGÍA DEL ESTUDIO..</b>	<b>13</b>
2.1 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO DE REFERENCIA .....	13
2.2 BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN .....	14
Fondos a utilizar .....	22
<b>CAPÍTULO III. PROCESO METODOLÓGICO .....</b>	<b>28</b>
3.1 DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACION SELECCIONADA.....	28
3.2 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA INVESTIGACIÓN.....	29
3.3 SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE DATOS .....	34
<b>CAPÍTULO IV. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>35</b>
<b>4.1 DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS.....</b>	<b>35</b>
<b>CONCLUSIONES:.....</b>	<b>37</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>38</b>
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>39</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>44</b>
Ilustración 1: AUTORIZACIÓN DE ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA: OFICIO DIRIGIDO A DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD EL AGUADOR.....	44
Ilustración 2: OFICIO DIRIGIDO A PACIENTE PARA AUTORIZACIÓN DE TRABAJAR CON ÈL Y CONOCIMIENTO DEL TEMA A TRATAR.....	45
Ilustración 3: Evidencia de asistencia a recibir tratamiento de Tb y cronograma de visitas .....	46
TABLA 8. Cronograma de visita a su domicilio.....	46
Ilustración 4: Evidencia de entrevista y su respectivo comentario del Paciente y cónyuge.....	46
Ilustración 5: Evidencias de entrevistas desestructuradas realizadas a personal que labora en Centro de Salud El Aguador.....	48
Ilustración 6: Actividades realizadas con el paciente.....	49
Ilustración 7: Comparación mediante escala de Hamilton hallazgos inicio .....	50
Ilustración 7: Comparación mediante escala de Hamilton hallazgos fin .....	52

## INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Autorización a la historia clínica.....	44
Ilustración 2. Autorización del paciente.....	46
Ilustración 3. Asistencia al tratamiento .....	46
Ilustración 4. Entrevista con paciente .....	47
Ilustración 5. Entrevista con pareja del paciente.....	47
Ilustración 6. Entrevista al personal de salud .....	48
Ilustración 7. Entrevista al personal de salud .....	49
Ilustración 8. Entrevista al personal de salud .....	49
Ilustración 9. Actividades realizadas .....	49
Ilustración 10. Actividades realizadas .....	49
Ilustración 11. Escala Hamilton .....	50

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Proceso enfermero en paciente con TB y depresión .....	22
Tabla 2. Reconocimiento del autocuidado.....	23
Tabla 3. Diagnóstico de enfermería .....	23
Tabla 4. PAE 1.....	24
Tabla 5. PAE 2.....	25
Tabla 6. PAE 3.....	27
Tabla 7. Exámenes.....	31
Tabla 8. Tratamiento .....	31
Tabla 9. asistencia a tratamiento .....	32
Tabla 10. Cronograma de visita.....	46

## INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema de salud pública a nivel mundial. En el año 2019 Félix Llanos y demás autores (1) realizaron un trabajo evidenciando a nivel mundial que 42% de pacientes con Tb presentaron trastornos de depresión de distintos tipos relacionados con su economía, ambiente de trabajo, exclusión social, descuido personal, baja autoestima y, por ende, adherencia al tratamiento.

Aproximadamente 600 millones de personas en América latina persisten con este tipo de trastorno teniendo un aumento de mortalidad y disminución en la calidad de vida(2). A pesar de tener guías y manuales de la Organización mundial de la salud con respecto al manejo de paciente con Tb, no es suficiente ya que no lo ponen en práctica en todos los centros de salud debido a la sobrecarga de pacientes que acuden (2).

La depresión es conocida como un trastorno mental caracterizado por una extensa variedad de sintomatología emocional, físicos, cognitivas y del comportamiento. Alrededor del mundo se calcula que cerca de 350 millones de personas de las cuales 1 de cada 10 personas padecen depresión y de estas tan solo el 60% no reciben ayuda. A excepción de Estados Unidos con 16.9% y Japón con 3%, el resto del mundo se mantiene con una prevalencia de 8 a 12% de casos depresivos(3). El suicidio es la peor consecuencia de la depresión, relacionada con 850.000 muertes por año aproximadamente. Se produjo un incremento de la tasa de suicidio del año 2000 al 2013 con un 3.5 a 4.9 suicidios por 100.000 personas. La mortalidad por depresión en los hombres es mayor que en mujeres con un 8.1 y un 1.7 por cada 100.000 hombres y mujeres respectivamente ambos a partir de 16 a 38 años de edad (4).

Hay estudios en los que se establece la relación de la depresión con la evolución de varias enfermedades crónicas, de igual forma Wayne Katon demuestra en su estudio que la depresión en la tuberculosis provoca la baja adherencia en su cuidado personal (5). El nivel de conciencia tomado por la comunidad y el gobierno es insuficiente para aplacar la agresividad de esta enfermedad, hablando de que no solo se experimentan problemas físicos si no también psicológicos como: sentimientos de culpa, abandono del tratamiento por miedo, debido a su duración crea la incertidumbre de no saber si funcionará, añadiendo el estigma social que de por sí provoca la propia enfermedad (2).

La latencia de la depresión en los países con bajos recursos o en vías de desarrollo nos indica que en nuestro entorno los problemas mentales tienen la oportunidad de convertirse en un problema de salud a la cual se deberá enfrentar con mayor importancia, esto debido a que la depresión como enfermedad pone a los pacientes en condiciones susceptibles logrando empeorar inclusive enfermedades físicas preexistentes, pero aún tenemos la oportunidad de reconocer los síntomas y prevenir los nuevos casos o episodios(5).

En Ecuador durante el año 2019 – 2020 La baja autoestima aumenta sus niveles siendo la primera causa de mortalidad por trastornos depresivos, se estima que más del 60% de la población ecuatoriana infringieron las medidas de

precaución siendo esta la causa principal del brote, además plazas tuvieron que cerrarse por la misma causa; la llegada del coronavirus por el brote que existió en Wuhan(China 2019)(6). siendo actualmente bum del 2020 propagándose con facilidad por todo el mundo y por ello todos los pacientes inmunodeprimidos llegaron al caos aumentando pensamientos de muerte por el simple hecho de ya tener una patología que requiere cuidado y asistir al centro de salud a recibir su tratamiento era imposible, a medida que pasaron los meses todos llegamos a infórmanos más del virus pero aun así, bajo la economía para todos existiendo muchos trabajadores que tuvieron que ser despedidos, el distanciamiento social ya no solo la realizan las personas con enfermedades infecciosas sino todos porque somos fuente de contagio para el resto.

Todo lo anterior mencionado las personas con patologías como es la tuberculosis provocando en ellos situaciones de estrés y frustración ya que se sienten apartados de la sociedad provocando depresión, lo que genera problemáticas en su tratamiento como el abandono lo que a su vez provoca aumentar el nivel de depresión afectando no solo a ellos, actualmente a la sociedad. Por lo que se vuelve de suma importancia brindar la atención psicoterapéutica adecuada a estos pacientes, en especial a los que ya pasaron por recaídas o abandonos debido a que ellos presentan niveles de depresión más alto que aquellos que todavía no(3).

Es aquí donde entra el primer nivel de atención de salud, el cual deberá crear e incluir acciones preventivas en sus planes de cuidado además de promover el apoyo psicológico para los pacientes y sus familias independientemente de la enfermedad (6). Por estos motivos decidimos realizar el presente trabajo enfocado a mejorar el cuadro depresivo en paciente que presenta dicha enfermedad, buscando disminuir el nivel de depresión y reintegrando la confianza. El objetivo de esta investigación fue analizar a un paciente depresivo con diagnóstico de Tuberculosis pulmonar, a través de la revisión de historia clínica y otros medios, que permitieron la elaboración de cuidados de enfermería específicos; en el mejoramiento del estado físico y emocional del paciente(7).

Teniendo todo esto en cuenta nuestro problema central fue el análisis de caso en un paciente con depresión por tuberculosis perteneciente al Centro de salud “El Aguador” de la ciudad de Machala del año 2020 considerando que al tratar a pacientes ya contagiados, la relación debe ser como cualquier ser humanos, añadiendo la empatía como valor principal, puesto que muchos trabajadores de salud y la comunidad en general los margina o tienden a tener comportamientos poco amables con estas personas.

## **CAPÍTULO I: GENERALIDADES DEL OBJETIVO DE ESTUDIO**

### **1.1 DEFINICIÓN Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO**

La depresión definido por un estado de ánimo bajo más sentimientos depresivos, todo ello relacionado con alteraciones en el comportamiento, falta de interés o emoción por las cosas, se sienten culpables y con autoestima baja, en cuanto al sueño y el apetito se produce una alteración significativa produciendo cansancio y poca concentración, El nivel depresivo puede cambiar dependiendo de diversos factores, uno de ellos es su bienestar físico, por lo que cualquier enfermedad podría provocar la aparición de un estado depresivo, en este caso la tuberculosis (4).

#### **1.1.1 Planteamiento del problema**

Expertos prevén que para el año 2025 la depresión tomará el segundo lugar en cuanto a trastornos mentales, afectando entre el 3 y 5% de la población mundial, es decir cerca de 120 a 200 millones de casos(7).Es una de los trastornos más comunes en personas que padecen tuberculosis debido al estrés producido por las complicaciones físicas y sociales de la enfermedad.

Actualmente la depresión es un estado común que acompaña a varias enfermedades entre ellas la tuberculosis que a pesar del paso de los años y la evolución de la educación y tecnología el Ecuador, continúa siendo uno de los problemas más importantes a los que se tiene que enfrentar el sistema de salud. La Organización Mundial de la Salud, informa que existen 54 nuevos casos de TB por cada 100.000 habitantes en el Ecuador(8). Entre los cuales aportan el 65% de casos encontrados en dicha región en el año 2003 padecen depresión (8).

La mayoría de los casos de tb con depresión encontrados en el Ecuador se encuentran ubicados en el Guayas representado por el 49,25%, en la ciudad de Machala el grupo vulnerable son los varones que atraviesan las edades de 20 a 34 años, es decir, afecta mayoritariamente a las personas económicamente activas, lo que podría representar un peligro para el estado socioeconómico del país, tal y como lo estamos viendo en la presente pandemia(9).

En el año 2010 la provincia de El Oro colecta 198 casos, elevándose para el 2011 con 235 casos totales de los cuales el sexo masculino prevalece con 159 casos, de los cuales la ciudad de Machala alcanza 79 casos de depresión por tuberculosis(10), convirtiéndola en el cantón con más casos de TB a nivel nacional por lo tanto también por depresión por Tb(11).

En el presente trabajo analizaremos el caso de un paciente de 21 años con depresión por tuberculosis, refiere que en noviembre del 2018 inicia con los primeros síntomas de tuberculosis, posterior a la notificación de la enfermedad, la obligación del uso de mascarilla y la estigmatización negativa por parte de la sociedad hacia las personas con tuberculosis, empezaron a provocar en él, su depresión, agravada aún más por la pérdida de su trabajo y separación de su pareja sentimental. Por lo cual nos planteamos la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es el resultado del análisis de caso en un paciente con depresión por tuberculosis perteneciente al Centro de salud “El Aguador”?

Para el año 2017 la provincia de El Oro registra 438 casos confirmados de varios tipos de depresión, de los cuales 199 pertenecen a Machala destacando nuevamente el sexo masculino con 139 casos, en cuanto a los factores asociados continúan siendo los socioeconómicos y falta de educación, por estos motivos, principalmente el factor socioeconómico, afecta en diferentes niveles a las personas con Tb, las cuales reaccionan de forma negativa cayendo en distintos tipos de trastornos del estado de ánimo, por la exclusión social, el hecho de no poder trabajar con normalidad o incluso perder su trabajo, los jóvenes tienden a padecer de depresión obligándolos a tomar decisiones difíciles incluso al suicidio a tan temprana edad, por lo que se busca mejorar el estado de salud físico y mental en pacientes que pasan por patologías tales como Tb mediante el proceso de atención de enfermería desde el enfoque de Dorothea Orem(12).

## 1.2 HECHOS DE INTERÉS

Se cree que en las Américas cerca de 50 millones de personas padecen depresión a comparación del año 2005 se exhibe un incremento de 17%, la OMS indica que aproximadamente el 80% de los casos de depresión se ubican en los países de bajos y medios recursos, mientras que en América Latina y el caribe se prevé 21 millones de casos(13).

Para el año 2021 la depresión tomará el segundo lugar entre los trastornos del estado de ánimo afectando a 300 millones de personas, y que por lo tanto contribuye al nivel de morbilidad de personas con TB caracterizándose por la afectación física, cognitiva y social que empiezan a surgir casi de inmediato. En Latino América se estima que la población con depresión ascendería a los 24 millones alrededor del año 2023 y a 38 millones entre los países no hispanos. Las edades más comunes registradas por atención de casos depresivos fueron entre 19 y 59 años dando un total de 2.088 casos en el Ecuador(14).

En el estudio de Félix Llanos-Tejada y César Ponce-Chang “Depresión y adherencia en personas afectadas con tuberculosis. Una exploración preliminar de datos” menciona que, de los 50 pacientes afectados con tuberculosis, el 38% resultó no adherente y el 76% de los pacientes presentaron depresión (11). Sin embargo, en el estudio realizado por Luis Ernesto Balcázar-Rincón et al “Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis” en el que valoraron 38 personas con tb, de los cuales el 94.7% manifestó síntomas depresivos, se demostró un factor asociado a este estado es el tipo de familia y no su funcionalidad familiar(3). En otro estudio realizado por Llanos Tejada F y Ponce Chang calcula la relación existente entre la depresión y los tipos de familias, obteniendo como resultado que el ser parte de una familia extensa se convierte en un factor asociado con la depresión(11)

En América latina la depresión está catalogada como la primera causa de discapacidad con 7.8% de la discapacidad total siendo Ecuador, Perú, Brasil, Paraguay y Colombia los países con la mayor tasa de depresión(15)

En el Ecuador las mujeres son las más afectadas por la depresión, triplicando el número de casos registrado por los hombres. En el 2015 se registraron 50.379 casos de depresión de los cuales las mujeres representan 36.631 casos mientras



que los hombres solo 13.748. en el mismo año y según cifras del INEC se dieron 3.406 ingresos a hospitales por diagnóstico de depresión(16)

Entre enero y mayo del año 2019 tan solo 25 personas cometieron acto de suicidio por factores emocionales y monetarios. Según el MSP Entre los años 1990 y 2017 la tasa de casos depresivos aumento en un 38% mientras que las muertes por la misma causa se elevaron 36%(17).

En cuanto a las complicaciones el 15% de los pacientes que sufren depresión presentan la cronificación de su enfermedad, las recaídas son comunes en las personas con trastornos depresivos, siendo que aproximadamente el 70% de las personas que han pasado por depresión, tienen asegurado más episodios a lo largo de su vida. Justificando así el largo periodo de duración en el tratamiento que tienen algunas personas(18).

Los intentos de suicidio son las complicaciones más graves que existen en la depresión, siendo 30 veces más probable que una persona con depresión se suicide y aunque no sea siempre posible prever los intentos de suicidio podemos tomar en cuenta: los mayores de 60 años, ateos, viudos, jubilados, la ansiedad intensa y sentimientos de culpabilidad junto con la desesperanza deben ser tomados en cuenta (18).

### **1.3 OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN**

Analizar el caso clínico de un adulto joven con depresión por tuberculosis, a través de la revisión clínica bibliográfica.

#### **1.3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar las manifestaciones clínicas que presentó el adulto joven antes y al finalizar el seguimiento del caso
2. Identificar hallazgos que se presentaron en el adulto joven con depresión.
3. Elaborar plan de cuidados en depresión según modelo de Dorothea Orem.

## **CAPÍTULO II: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA – EPISTEMOLOGÍA DEL ESTUDIO**

### **2.1 DESCRIPCIÓN DEL ENFOQUE EPISTEMOLÓGICO DE REFERENCIA**

El hablar de causalidad, indica la mención de una relación existente entre dos o inclusive más sucesos, en donde la aparición de uno provoca la aparición de otro, siendo esta una regla dominante en el área de la Salud.

De forma general los modelos teóricos resaltantes de los procesos cognitivos en los inicios de la depresión, se despliegan de las propias personas como seres pensantes que procesan conscientemente la información provocada por el miedo. El daño psicológico se produciría por una falla de este sistema encargado del procesamiento, que hace que las personas con depresión tengan creencias predeterminadas que distorsiona la realidad.

Agrupación de peticiones sociales y presión del miedo que ponen al afectado en un estado de sobrecarga con el objetivo de ajustarse a dichas peticiones, este problema restringe e incapacita convirtiéndose en un peligro para la mente de estas personas. Si bien el hecho de tener conocimiento sobre los factores estresantes nos direcciona a las situaciones interpersonales o sociales productores de golpes negativos en la salud psicológica de las personas, en cuanto a los estudios que se encargan de estudiar estos golpes están relacionados en el estudio de las estrategias para reducir sus consecuencias encontrándose entre ellos es modelos del estrés de Lazarus y Folkman, en el que los factores estresantes no dependen únicamente de la interpretación que la persona hace del miedo, también depende de los recursos adaptativos que disponga.

Resumiendo, los estudios acerca de la marca que produce el estrés lo que a subes conlleva a la depresión deben ser tomados en cuenta en conjunto con las tácticas de afrontamiento, las cuales ayudan a que el impacto no afecte de igual forma a todo el mundo.

#### **2.1.1 HISTORIA NATURAL DE LA DEPRESIÓN**

##### **Edad de inicio**

El punto más alto de la aparición de la depresión es a los cuarenta años de edad, no obstante, los primeros episodios pueden ocurrir en cualquier momento inclusive en la niñez, quienes la presentan a edades tempranas padecen de niveles más severos y continuo a diferencia de quienes la padecen a una edad mayor.

##### **Curso de la depresión**

En gran medida se repiten completamente, de forma espontánea o en proceso de tratamiento, los episodios pueden durar un promedio de varios meses o extenderse inclusive hasta alcanzar el año, aunque sea logrado especificar una media de tiempo de 12 semanas para los episodios más comunes, otros análisis mencionan que el 60% de las veces los pacientes con depresión leve, la sintomatología se presenta de forma intercalada y esporádica, con exactitud

cuando esta es estimulada por factores depresivos, con cada recapitulación de síntomas se produce un incremento de su nivel(19).

## **Pronóstico**

Los pronósticos a los cuales la depresión se encuentra ligada con pronósticos pobres relacionados a la salud, inclusive la autopercepción de la salud, la depresión se adhiere y golpea brutalmente a los diagnósticos de enfermedades comórbidas, ayudando también al desarrollo de otras enfermedades(15). En las personas jóvenes se encuentra un mayor nivel de gravedad con los episodios depresivos, debido a que presentan más intentos de suicidio y una mayor afectación social.

## **Mortalidad**

La depresión representa un factor de riesgo de gran peso para la mayoría de las causas de mortalidad, como la insuficiencia renal en la que se ve muy afectada en cuanto a la calidad de vida incrementando la mortalidad de los pacientes. En enfermedades más graves como el cáncer se ha visto una fuerte afectación por parte de la depresión provocando una menor adherencia a los tratamientos, haciéndose presentes los síntomas depresivos en estados avanzados de la edad(20)

Con tan solo la depresión, la mortalidad se ve asociada al suicidio, de forma más frecuente en los niveles más altos de depresión sumado a eso un mal tratamiento de su trastorno(21), a menudo los casos de suicidio por depresión se ven asociados a diagnósticos de enfermedades o problemas con el consumo de sustancias ilícitas.

## **2.2 BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **2.2.1 DEFINICIONES Y GENERALIDADES**

El trastorno del estado de ánimo se define como un trastorno de salud mental donde existen alteraciones emocionales prolongadas de tristeza, exaltación, euforia excesiva o en combinación(18). La depresión, distintas literaturas le otorgan diferentes significados entre ellos, trastorno mental frecuente, visualizado con el estado de infelicidad caracterizado por pérdida del interés, sentimientos de culpa, baja autoestima, desequilibrio del sueño, alimentación, cansancio, disminución de la concentración, inquietud, pensamientos de autolesión y suicidio(22).

En todos los distintos puntos de vista es la respuesta a comportamientos fisiológicos, cognitivos catalogándolas normales o anormales en función de la variable entre ellas la intensidad, duración, edad y factores que afectan el estado de ánimo.

### **2.2.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

La depresión puede albergar una amplia gama de síntomas desde la más común como lo es la tristeza, llanto fácil, baja autoestima, pérdida del apetito, melancolía, etc.; hasta e inclusive las manifestaciones menos esperadas en una depresión

como lo es la hipomanía incluyéndose manifestaciones físicas como cefaleas, aerofagia en sin dolores físicos(23).

Sin embargo, la sintomatología más representativa y frecuente son los síntomas llamados negativos como la falta de autoestima, estímulos, apetitos, relaciones, sueño, etc. Las personas depresivas tienen a tener comportamientos que los obligan a aislarse evitando todo tipo de contacto con los demás, a pesar de esto, no son raras los casos en que personas depresivas presentan aumento de su actividad(17), inquietud y ansiedad que en estos pocos casos enmarañan el diagnóstico.

Las ideas suicidas no son tan frecuentes como sintomatología primaria, pero de ser este el caso, se debe y de forma fundamental realizar una valoración precoz y continuamente la aceptación del paciente a un ingreso temporal a un centro hospitalario en el que se le pueda brindar protección, hasta que la aplicación del tratamiento tenga suficientes resultados positivos como para eliminar la idea del suicidio en el paciente.

### **2.2.3 TIPOS DE DEPRESIÓN**

#### **Trastorno depresivo mayor**

El que más caracteriza a la depresión y el más sintomatológico, representado por la inexpresividad de la persona, aunque se habla también de melancolía, viéndose estupor depresivo(22).

#### **Distimia**

Está caracterizada mayormente por su cronicidad, inestabilidad del humor, ansiedad elevada, cambios en el estado de ánimo, algunas veces acompañado por baja autoestima y desesperanza(23).

#### **Trastorno ansioso depresivo**

Es una mezcla moderada del síntoma de la ansiedad con la depresión.

#### **Depresión atípica**

Caracterizada por un aumento del estado de ánimo para diversas situaciones con una pronunciada ansiedad y síntomas depresivos totalmente inversos.

#### **Trastorno afectivo estacional**

Se presenta de forma frecuente y en estado regulares, curiosamente coincidiendo con, con mayor frecuencia en otoño e invierno, con asociación a estados lumínicos y sus cambios, sueño excesivo, apetencia por hidratos de carbono acompañado por síntomas comunes de la depresión(21).

#### **Trastorno bipolar**

Caracterizada por la presencia de episodios depresivos intercalados por otros de alegría, provoca una aceleración del pensamiento, momentos de hiperactividad, descontrol con los gastos más insomnio e irritabilidad(24).

## Ciclotimia

Caracterizado por la aparición leve e imprevisible más cambios grandes del estado de ánimo sin motivo alguno y en varios días, difícil de diferenciar de los casos normales

### 2.2.4 EPIDEMIOLOGÍA

La depresión ha tomado lugar entre los problemas a solucionar por la salud pública debido a la elevada tasa de enfermedad que causa, estimándose que alrededor del mundo existen unos 350 millones de personas que padecen depresión, siendo su peor desenlace el suicidio, estimándose que cerca de 800.000 de personas se suicidan entre las edades de 15 a 29 años(25).

Según lo mencionado anteriormente, los pacientes con mayor riesgo de padecer depresión, son aquellas que tienen un historial previo de depresión, aquellos que tengan historial familiar depresivo, o que pasaron por problemas psicosociales o situaciones estresantes, producido también por el abuso de sustancias legales e ilegales, los que acuden de forma frecuente a cualquier sistema de salud, los que padecen enfermedades crónicas fundamentalmente cuando se ve afectada la funcionalidad, por cambios hormonales, historial de intentos de suicidio.

En cuanto a su prevalencia, esta varía entre países obedeciendo sus propios factores. El 30% de los casos depresivos pasan a una fase crónica, su presencia colabora con la aparición de enfermedades o el empeoramiento de las ya existentes, la más grave de todo es el suicidio por lo que el personal de salud tiene que tomar en cuenta estas situaciones para evaluar los riesgos existentes o próximos.

En América latina, el 22.4% de las enfermedades está ocupada por los trastornos mentales añadiendo a estos problemas psicosociales, comprobando que forman parte de las necesidades por atender en los centros de salud(26). Descubrimientos recientes demostraron que los trastornos mentales tienen un inicio entre la niñez y la adolescencia, comprobándose que el 75% de los trastornos aparecen antes de los 24 años. Mientras que en nuestro país casi 2.088 de personas entre las de edades de 19 a 59 años sufren trastornos depresivos y a pesar de que el gobierno aplica estrategias, el presupuesto dado para este sector resulta insuficiente(25).

### 2.2.5 FACTORES ASOCIADOS

Existe un amplio grupo entre ellos, los factores personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos, cuya presencia puede aumentar el riesgo llevar a un cuadro depresivo, aunque se desconoce el motivo principal que desencadena esto; ya sea la relación circunstancial y la edad en la que se encuentran. Los más significativos son los siguientes (27)

- Antecedentes personales y familiares.
- Acontecimientos vitales adversos: Pérdida de empleo, soledad y divorcio.
- Antecedente de abuso sexual.

- Económicos
- Enfermedades crónicas que causan dolor y/o discapacidad.
- Abuso de sustancias (alcohol, drogas, psicofármacos).
- Genéticos
- Posparto.

Los factores que se pueden mencionar de los distintos tipos de depresión son:

- Antecedentes de intentos de suicidio previos y suicidio en la familia.
- Presencia de enfermedades físicas, en especial en el anciano.
- Aislamiento social (vivir solo, estar soltero, desempleado, falta de apoyo familiar).
- Impulsividad.
- Desesperanza.
- Eventos vitales tempranos traumáticos.
- Abuso-dependencia de alcohol u otras drogas
- Padecer otros trastornos psiquiátricos.
- Estrés vital.
- Bajo apoyo social-pareja, separación.
- Sexo masculino, adulto mayor.

### 2.2.6 DIAGNÓSTICO

Las formas de diagnosticar la depresión pueden ser las siguientes:

- **Exploración física.** - en varios casos la depresión puede estar anexa a una enfermedad no diagnosticada o buscar signos de autolesión.
- **Análisis de laboratorio.** - algunas veces puede realizarse un hemograma o análisis de la glándula tiroides en busca de cualquier alteración química que podría afectar al individuo.
- **Evaluación psiquiátrica.** - se realizan evaluaciones psiquiátricas acerca de los síntomas, pensamientos, sentimientos y su conducta en busca de alteraciones mentales.
- **DSM-5.**- El diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders puede ser utilizado por los profesionales para el diagnóstico de la depresión.

### 2.2.7 TRATAMIENTO

La depresión puede ser tratada de las siguientes formas:

**Tratamiento farmacológico de la depresión.** - se subdivide en dos grupos.

- Los antidepresivos: encargados de regular la base neurológica de la depresión, reparando la transmisión afectada.
- Eutimizantes: el estado de ánimo correcto es llamado eutimia, se encargan de estabilizar el humor, previniendo las recaídas en los trastornos bipolares.

**Tratamiento psicológico de la depresión.** - puede ser combinada con los fármacos demuestran tener resultados positivos en el tratamiento y prevención de recaídas, los más usados son(28):

- **Terapia interpersonal:** se concentra sumamente en las relaciones interpersonales, con la intención de mejorar el nivel de comunicación, mejorar la sociabilidad y elevar la autoestima.
- **Terapia cognitiva:** usado para modificar las creencias y pensamientos negativos característicos de la depresión.
- **Activación conductual:** se enfoca en hacer que el paciente pase por experiencias gratificantes para mejorar su conducta.

### 2.2.8 COMPLICACIONES

- **Cronificación de los síntomas.** - el 15% de los pacientes que sufren depresión presentan la cronificación de su enfermedad. Aunque es más frecuente si se produce una de las siguientes situaciones(5).
  - ✓ Aparición de factores estresantes crónicos
  - ✓ La existencia de actitudes que le dificultan conllevar su día a día.
- **Recaídas.** – comunes en las personas con trastornos depresivos, siendo que aproximadamente el 70% de las personas que han pasado por depresión, tienen asegurado más episodios a lo largo de su vida. Justificando así el largo periodo de duración en el tratamiento que tienen algunas personas(5).
- **Suicidio.** - los intentos de suicidio son las complicaciones más graves que existen en la depresión, siendo 30 veces más probable que una persona con depresión se suicide y aunque no sea siempre posible prever los intentos de suicidio podemos tomar en cuenta: los mayores de 60 años, ateos, viudos, jubilados, la ansiedad intensa y sentimientos de culpabilidad junto con la desesperanza deben ser tomados en cuenta.

### 2.3 MODELO DE DOROTHEA OREM

La aplicación de esta teoría implica trabajar con factores que se relacionan con las motivaciones y los comportamientos erróneos, tratando de tener en cuenta los puntos más importantes al momento de trabajar con los pacientes, convirtiendo la educación en una pieza clave en el cuidado(29).

La teoría de Dorothea Orem se basa en los siguientes tres modelos teóricos cómo:

- **Teoría del autocuidado.** – Basada en un solo objetivo, velar por sí mismos y su entorno, regulando factores que afectan su desarrollo para dar beneficio a su vida, salud y bienestar total. Esta a su vez se subdivide en ciertos requisitos: universal, de desarrollo y por último desviación de la salud(30). Esta teoría se relaciona con las siguientes intervenciones aplicadas en nuestro caso:

**1. Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos(29):**

- Establecer metas a corto plazo para el cambio del estado nutricional.
- Animar al paciente a escribir metas semanales de alimentos y cantidad de vasos de agua que consuma y colocarlos en un lugar visible.
- Negociar un horario fijo de alimentación.
- Asistir realizando ejercicios moderados de aeróbicos, según tolere.

**2. Equilibrio entre actividad y descanso(29):**

- Seleccionar y desarrollar medidas no farmacológicas e interpersonales que faciliten el alivio del dolor.
- Establecer una rutina en la hora de ir a la cama que facilite la transición del estado de vigilia al del sueño.

**3. Mantenimiento del aporte para escoger ropa adecuada al vestirse(29):**

- Inducir al paciente sobre la vestimenta disponible que pueda seleccionar.
- Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad.
- Comentar las consecuencias del descuido personal.

- *Teoría del déficit de autocuidado.* – Se encarga de explicar las causas, describiendo los efectos que tienen en el déficit, dirigido a las personas que, por propias limitaciones de salud, se les impide asumir el autocuidado para la necesidad de la intervención por parte de enfermería(30). Esta teoría se asocia a nuestro caso, debido a las siguientes limitaciones encontradas en el paciente:

- Falta de conocimiento sobre su enfermedad y sus complicaciones.
- Desconocimiento sobre el régimen dietético.
- Desconocimiento sobre medidas no farmacológicas.
- Carencia de autoestima.
- Ausencia de conocimiento sobre higiene e imagen corporal adecuada.

- *Teoría de los sistemas de enfermería.* - Encargada de aclarar las formas en que se deben atender a los pacientes. En nuestro caso nos encargamos de diseñar y planear las intervenciones que nos permitirán capacitar y animar a que el paciente colabore(30). Esta teoría se divide en dos tipos:

**1. Sistema de enfermería parcialmente compensadores:** en el que el personal de enfermería otorga el cuidado. Relacionándose con nuestro caso:

**a. Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos(29):**

- Establecer una relación de confianza y respeto con el paciente, cónyuge para fijar metas y objetivos en la ganancia de peso.
- Premiar la ganancia de peso preparando su comida favorita.
- Utilizar estrategias que permitan al paciente a cambiar hábitos alimenticios.
- Determinar el peso corporal ideal del paciente.

**b. Equilibrio entre actividad y descanso(29):**



- Disminuir o eliminar los factores que precipitan o aumentan la experiencia del dolor (miedo) y falta de conocimiento.
- c. **Mantenimiento del aporte para escoger ropa adecuada al vestirse**(29):
  - Considerar la edad del paciente al fomentar la actividad de autocuidado.
  - Animar al paciente a que asuma la responsabilidad de su autocuidado.

**2. Sistema de enfermería de apoyo/ educación:** aquí la enfermera actúa enseñando y ayudando a los individuos con el propósito de que sean capaces de realizar sus actividades de autocuidado. Relacionándose con nuestro caso:

- A. **Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos**(29)
  - Aplicar estrategias que motiven la participación del paciente.
  - Proporcionar información sobre lo que debe contener un plato alimenticio saludable.
- B. **Equilibrio entre actividad y descanso**(29)
  - Orientar sobre la importancia de un buen descanso.
  - Proporcionar información acerca del dolor tales como las causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan.
  - Enseñar la importancia del sueño adecuado.
- C. **Mantenimiento del aporte para escoger ropa adecuada al vestirse**(29)
  - Orientar sobre los beneficios de tener una buena imagen.
  - Demostrar la conducta deseada (mejorar su imagen).

## 2.4 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Esta terminología PAE es usada como un sistema del personal enfermero para el cuidado del individuo, familia y comunidad en cuanto a necesidades, haciendo uso de metodología científica. Se encuentra integrado por 5 etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación de forma secuencial relacionadas entre sí. Proporcionando un enfoque intencional, organizado y sistematizado dentro de la práctica, de las cuales a continuación se las menciona relacionando cada etapa con el caso a presentar:

**1.Valoración:** Basada en recoger y organizar datos del paciente, para ayudarnos a tomar decisiones en cuanto a nuestro caso y poder actuar:

- A la valoración paciente refiere:
  - Sentirse inútil
  - Decepcionado por su enfermedad
  - Comenta que su vida no vale nada ya no quiere existir
  - Pérdida del apetito (consumo de alimentos desequilibrado)
  - Insomnio ya 4 meses + dolor moderado en epigastrio
  - Refleja gestos tristes, con llanto presente
  - Peso inadecuado
  - Pérdida de interés en sus actividades.

**2.Diagnóstico:** Juicio emitido por enfermería, este puede ser modificable o tomado de los diagnósticos ya planteados en el NANDA en relación a nuestro caso(31).

Los tres diagnósticos seleccionados en base a lo que refirió fueron:

1. **Desequilibrio nutricional:** ingesta inferior a las necesidades debido a llevar un régimen alimenticio inadecuado, bajo peso, pérdida de energía.
2. **Deterioro del patrón del sueño** por referir ausencias de descanso nocturno o desvelos y dolor en epigastrio
3. **Descuido personal** puesto que presenta desinterés por sí mismo.

**3. Planificación:** Estrategias utilizadas para minimizar problemas, de esta manera promocionamos salud. Asociado a nuestro caso por diagnóstico de enfermería se tomó del NIC los objetivos para realizar en cada intervención.

1. Asesoramiento nutricional (5246) - Manejo del peso (1260) - Manejo de la energía (oiso).
2. Manejo del dolor (1400) - Fomentar el sueño (1850).
3. Ayuda con el autocuidado: Arreglo personal (1802) - Mejorar autoconfianza (5395) - Facilitar la autorresponsabilidad (4480) (32).

**4. Ejecución:** Son las intervenciones que vamos a realizar en nuestro caso clínico para el Manejo de la depresión:

- a. Animar al paciente a escribir metas
- b. Proporcionar información sobre alimentos saludables
- c. Establecer horario para sus comidas
- d. Hora de descanso
- e. Terapias de relajación
- f. Mejorar su imagen corporal(32).

**5. Evaluación:** Determinar si la evolución fue favorable o cómo fue su respuesta ante las intervenciones realizadas; esto relacionado con nuestro caso clínico se encuentran:

- a. Ganancia de peso adecuado a su altura y edad,
- b. Se siente cómodo al dormir
- c. Acepta críticas constructivas(33).

## 2.5 PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN DEPRESIÓN

**Meta:** Promover la salud en adulto joven depresivo.

**Objetivos:** Brindar toda la información al paciente comprometiéndose a colaborar en cada intervención planteando objetivos a corto y largo plazo.

**Resultados:** Mejorar el estado de ánimo mediante intervenciones de enfermería según el modelo de Orem, accediendo a información necesaria para su pronta mejoría.

**Riesgos potenciales:** Temor en no tener fuerza de voluntad para empezar y mejorar su calidad de vida, ver un resultado insatisfactorio, no tener apoyo de familiares, comunicación inhasertiva.

**Ventajas previstas:** Estado de ánimo satisfactorio, organizar su día a día, descanso adecuado, capacidad de autorresponsabilidad, autoeducación y autoconfianza, confort con el ambiente.

**Costos previstos:** monetariamente pocos gastos, minutos de su día para darse tiempo en sí mismo, utilizar lo que esté a su alcance dentro del hogar y un ambiente despejado.

**Fondos a utilizar:**

- Utilizar proyector para ejemplificar lo que debe comer.
- Crear o asistir a un grupo de apoyo si es necesario.
- Tener un aproximado en gastos para alimentos.
- Controlar el peso.
- Asistir a revisión médica.

**Fechas de inicio y finalización previstas:** Octubre - Diciembre 2020

**2.6 PLANES DE CUIDADO A REALIZAR SEGÚN DOROTHEA OREM**

**A. Cuadro I. – Análisis del déficit del autocuidado (D.OREM)**

PROCESO ENFERMERO EN PACIENTE CON TB Y DEPRESIÓN				
REQUISITOS	INDICADORES DE DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	SISTEMAS		
		AE	PC	TC
<u>REQUISITOS UNIVERSALES</u> 1. Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.  2. Equilibrio entre actividad y descanso.  3. Mantenimiento del aporte para escoger ropa adecuada al vestirse.	- Bajo peso por mala alimentación  - Desconocimiento sobre buena alimentación	X		
	- Incumplimiento de horas sueño  - Descanso inadecuado	X		
	- Falta de interés por sí mismo.  - Desconocimiento sobre normas de higiene personal.	X		

**AE:** Apoyo/ Educación    **Pc:** Parcialmente compensatorio    **TC:** Totalmente compensatorio

Tabla 1. Proceso enfermero en paciente con TB y depresión

## B. Cuadro II. – Reconocimiento del autocuidado (D.OREM)

<b>Agencia de autocuidado</b> <b>CAPACIDADES</b>	<b>Déficit de autocuidado</b> <b>LIMITACIONES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Capacidad de retención y asimilación de información.</li> <li>· Responsabilidad para asumir el autocuidado</li> <li>· Capacidad para discernir entre los diferentes grupos alimenticios.</li> <li>· Capacidad para elaborar un plan de autocuidado.</li> <li>· Capacidad para desarrollar actividad física moderada.</li> <li>· Capacidad para interactuar con las demás personas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Falta de conocimiento sobre su enfermedad y sus complicaciones.</li> <li>· Desconocimiento sobre el régimen dietético.</li> <li>· Desconocimiento sobre medidas no farmacológicas.</li> <li>· Carencia de autoestima</li> <li>· Ausencia de conocimiento sobre higiene e imagen corporal adecuada.</li> </ul>

Tabla 2. Reconocimiento del autocuidado

## C. Cuadro III. – Diagnósticos de enfermería (D.OREM)

<b>DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA</b>	<b>PRIORIZACIÓN</b>
<b>REQUISITOS UNIVERSALES</b>	
<b>(00002)</b> “Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con factores psicológicos evidenciado por bajo tono muscular y falta de interés para ingerir los alimentos”(31).	1
<b>(00095)</b> “Deterioro del patrón del sueño relacionado con posición e higiene del sueño inadecuado evidenciado por tiempo total del sueño menor del considerado normal, desvelo prolongado” (31).	2
<b>REQUISITOS DEL DESARROLLO</b>	
<b>(00193)</b> “Descuido personal relacionado con depresión evidenciado por higiene personal inadecuada” (31).	3

Tabla 3. Diagnóstico de enfermería

**D. Cuadro IV. – Esquematización de Diagnósticos de enfermería (D. OREM)**

4. <b>REQUISITO UNIVERSAL:</b> Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos.	
<b>Diagnóstico 1:</b> (00002) “Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado con factores psicológicos evidenciado por bajo tono muscular y falta de interés para ingerir los alimentos” (31)	
<b>OBJETIVOS</b>	
<b>PACIENTE</b>	<b>ENFERMERÍA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manifestar interés en el cumplimiento del régimen alimenticio.</li> <li>- Lograr un peso óptimo para su edad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar estrategias que motiven la participación del paciente.</li> </ul>

Tabla 4. PAE 1

<b>ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO</b>	<p>Establecer metas a corto plazo para el cambio del estado nutricional.</p> <p>Animar al paciente a escribir metas semanales de alimentos y cantidad de vasos de agua que consuma y colocarlos en un lugar visible.</p> <p>Negociar un horario fijo de alimentación.</p> <p>Asistir realizando ejercicios moderados de aeróbicos, según tolere.</p>

<p><b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b></p>	<p>Proporcionar información sobre lo que debe contener un plato alimenticio saludable.          Establecer una relación de confianza y respeto con el paciente, cónyuge para fijar metas y objetivos en la ganancia de peso.          Premiar la ganancia de peso preparando su comida favorita.          Utilizar estrategias que permitan al paciente a cambiar hábitos alimenticios.          Determinar el peso corporal ideal del paciente(32).</p>
<p><b>EVALUACIÓN</b></p>	<p>En cada visita a su domicilio se evalúa el peso óptimo.          Conoce sobre la importancia de tomar el desayuno.          Conoce sobre la importancia de distribuir la ingesta de alimentos a lo largo del día.          Se observa ganancia de peso y aumento del apetito(33).</p>

<p><b>REQUISITO UNIVERSAL:</b> Equilibrio entre actividad y descanso</p>	
<p><b>Diagnóstico 2:</b> (00095) “Deterioro del patrón del sueño relacionado con posición e higiene del sueño inadecuado evidenciado por tiempo total del sueño menor del considerado normal, desvelo prolongado” (31)</p>	
<p><b>OBJETIVOS</b></p>	
<p><b>PACIENTE</b></p>	<p><b>ENFERMERÍA</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminuir el dolor en horas de sueño.</li> <li>- Fomentar estrategias para conciliar el sueño</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar sobre la importancia de un buen descanso.</li> </ul>

Tabla 5. PAE 2

<b>ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO</b>		<p>Seleccionar y desarrollar medidas no farmacológicas e interpersonales que faciliten el alivio del dolor.</p> <p>Establecer una rutina en la hora de ir a la cama que facilite la transición del estado de vigilia al del sueño.</p>
<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>		<p>Proporcionar información acerca del dolor tales como las causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan.</p> <p>Disminuir o eliminar los factores que precipitan o aumentan la experiencia del dolor (miedo) y falta de conocimiento.</p> <p>Enseñar la importancia del sueño adecuado(32)</p>
<b>EVALUACIÓN</b>		<p>Descanso satisfactorio.</p> <p>Se siente cómodo después de las horas de sueño.</p> <p>Realiza mejor sus actividades diarias y con energía.</p> <p>Expresa sentirse bien físicamente(33).</p>

<p><b>Requisito universal:</b> Mantenimiento del aporte para escoger ropa adecuada al vestirse</p>	
<p><b>Diagnóstico 3:</b> (00193) “Descuido personal relacionado con depresión evidenciado por higiene personal inadecuada” (31)</p>	
<p><b>OBJETIVOS</b></p>	
<p><b>PACIENTE</b></p>	<p><b>ENFERMERÍA</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manifestar interés en su autocuidado.</li> <li>- Conseguir un nivel óptimo de autorresponsabilidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar sobre los beneficios de tener una buena imagen.</li> </ul>
---	--

Tabla 6. PAE 3

<b>ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>· Inducir al paciente sobre la vestimenta disponible que pueda seleccionar.</li> <li>· Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad.</li> <li>· Comentar las consecuencias del descuido personal.</li> </ul>
<b>INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>· Considerar la edad del paciente al fomentar la actividad de autocuidado.</li> <li>· Demostrar la conducta deseada (mejorar su imagen)</li> <li>· Animar al paciente a que asuma la responsabilidad de su autocuidado(32)</li> </ul>
<b>EVALUACIÓN</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>· Su nivel de felicidad fue satisfactorio mediante risoterapia.</li> <li>· Relaciones sociales moderadamente mejoradas.</li> <li>· Estado de ánimo(33)</li> </ul>



## CAPÍTULO III. PROCESO METODOLÓGICO

### 3.1 DISEÑO O TRADICIÓN DE INVESTIGACION SELECCIONADA

#### 3.1.1 METODOLOGÍA

##### 3.1.1.1 Tipo de investigación

Este análisis de caso fue de tipo cualitativo ya que se realizó mediante el manejo de historia clínica y una entrevista previa al paciente, además se observó las conductas durante 4 meses su evolución, con el fin de obtener características basadas en hechos reales gracias a las intervenciones de enfermería.

##### 3.1.1.2 Área de estudio

El presente análisis de caso se llevó a cabo en el centro de salud tipo A “El Aguador” de la rotación comunitaria del año 2020.

##### 3.1.1.3 Unidad de Análisis

Paciente masculino con 22 años de edad valorado desde Julio a Diciembre del presente año, con posible diagnóstico de Depresión por Tuberculosis.

##### 3.1.1.4 Tipo de Estudio

No experimental longitudinal, orientado a ser un estudio observacional (análisis de caso) dando su respectivo seguimiento al individuo empleando medidas continuas en un tiempo de 4 meses, teniendo en cuenta que este se puede alargar viendo resultados más favorables.

##### 3.1.1.5 Método De Estudio

**MÉTODO DESCRIPTIVO:** Se define, cataloga y clasifica características permitiendo un amplio detalle de aspectos relevantes de un estudio observacional de tipo cualitativo.

##### 3.1.1.6 Técnicas E Instrumentos Para La Recolección De Datos

La técnica empleada se la realiza mediante la entrevista directa no estructurada al personal de enfermería, pareja y paciente atendido en el centro de Salud El Aguador se pudo determinar los antecedentes tanto familiares como personales los cuales conllevan a desarrollar su patología. En cuanto a instrumentos se obtuvo de guías y manuales de (OMS-OPS), páginas web y revistas Scielo, Scopus, Pubmed, Science Direct y Redalyc, de los últimos 5 años y la historia clínica del paciente. Para todo ello se solicitó el permiso del centro de salud y consentimiento informado por el paciente.

### 3.1.1.7 Recursos Materiales Y Humanos

- Celular
- Cuaderno de apuntes
- Micrófono de solapa
- Computadora
- Proyector
- Pesa
- Programas de edición de audio
- Entrevista a médico, enfermera, psicóloga, paciente y cónyuge

## 3.2 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS EN LA INVESTIGACIÓN

- **Observación cualitativa:** Aquí se tomó nota sobre el comportamiento (actitud de inicio a fin y actividades cotidianas de la vida diaria) del paciente, realizando visitas domiciliarias que complementan el caso.
- **Entrevista cualitativa:** Esta entrevista realizada cara a cara con el paciente, cónyuge y enfermera tomando datos relevantes para llegar a formular el problema en intervenciones a realizar.
- **Documentos cualitativos:** Todos los documentos públicos (revistas de impacto, guías, manuales los famosos libros de enfermería NANDA-NIC-NOC) que nos ayudan a formular nuestras actividades a realizar con el paciente y con otros; del cual dependen mucho un minuto de una buena comunicación.
- **Materiales digitales y audiovisuales:** Se revisaron videos de cómo trabajar con un paciente depresivo, se tomaron fotos evidenciando la actividad entre ellos “yoga”, además se utilizó Google drive y mensajes de texto normal para trabajar el caso junto con el tutor encargado.

### 3.2.1 ASPECTOS BIOÉTICOS LEGALES DE ENFERMERÍA

Estos son de suma importancia ya que nos permite situar como disciplina la ética dentro del área profesional con ello se tiene en claro cada principio bioético.

#### 3.2.1.1 Justicia

El personal de enfermería es el mayor promotor de este principio y se encarga de buscar la equidad de justicia en cada práctica llegando a tomar buenas decisiones y conservando siempre su identidad de manera confidencial(34).

#### 3.2.1.2 Beneficencia

A más de ser un compromiso del personal de salud hacer el bien, es parte de nuestra vocación ser servicial creando un plan de cuidados individualizado teniendo como herramienta y guía el modelo de Dorothea Orem(35).

#### 3.2.1.3 No Maleficencia

Teniendo en cuenta que su significado radica en “No hacer daño al paciente” respetando su integridad física y psicológica preservando siempre la salud y calidad de vida(34).

#### **3.2.1.4 Autonomía**

El paciente tiene el derecho de obtener información necesaria sobre su enfermedad antes, durante y después de su tratamiento; el diálogo de cómo se irá trabajando y de qué manera se lo ayudará es nuestro deber como personal de salud(35).

#### **3.2.2 SOLICITUD DE ACCESO AL MANEJO DE LA HISTORIA CLÍNICA**

La solicitud para el presente estudio de caso se la realizó de manera personal por parte de nosotros como estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Técnica de Machala dirigido al director encargado del Centro de Salud “El Aguador”, logrando ser aceptada de manera inmediata y tomando la respectiva evidencia de la misma; además se solicitó el permiso mediante un oficio personal dirigido al paciente del cual también dio apertura para trabajar con él.

#### **3.2.3 REVISIÓN DOCUMENTADA DE LA HISTORIA CLÍNICA**

Mediante la historia clínica del paciente se logró recopilar información de mayor relevancia permitiendo el desarrollo de la misma con eficiencia y eficacia.

#### **3.2.4 PRESENTACIÓN DEL CASO**

Joven de 22 años, con diagnóstico de Depresión por Tuberculosis reside en la ciudad de Machala, trabajo anterior Ayudante de cocina, convive con su pareja desde hace 5 años, antecedentes familiares de TB (hermano mayor), APP de consumo de droga (marihuana, cocaína) 2 veces por mes desde los 14 a los 16 años de edad, IVSA a los 12 años no recuerda número de parejas sexuales a veces con y sin protección.

Enero 29-2019 Asiste al centro de salud “El Aguador” presentando baciloscopia BK mencionando que desde Noviembre 2018 tenía episodios de tos productiva, alza térmica, sudores nocturnos por el cual menciona que se automedicaba luego cuadro se expande por ello acude a Hospital General Machala IESS el mismo día, ingresa de manera directa al área de hospitalización clínica 2 basado en consenso del comité de Tb IESS y MSP, para Inicio de tratamiento de acuerdo a resolución decretado por el CTNN, paciente en todo momento se encontró consciente y orientado, sin soporte de oxígeno, con tos productiva pasando directamente al Área de Epidemiología; Durante 3 meses de evolución resultados del 09-04-2019 CRNM , mostró resistencia a Isoniacida y sensibilidad a Rifampicina, quedando con esquema de 2da línea peso de inicio 55,7 kg - Abril 56,3. talla 1.74cm. ganando muy poco peso, luego a los 2 meses y medio de tratamiento no se observa efectos secundarios por lo que se decide alta médica a domicilio continuar con tratamiento a cargo de MSP.

Desde Julio 23 - 2019 Acude a recibir su tratamiento en centro de salud sin falta, a mediados de Febrero del 2020 no asiste por el cual se lo llama y busca, pero no se lo encuentra; Madre menciona que tiene problemas en el trabajo por eso su inasistencia. Marzo decide continuar, pero siguen sus inasistencias. Abril y Mayo retoma el tto. continuamente y con miedo ante la enfermedad infecciosa,

notando un cambio de carácter, descuido personal, insomnio, diaforesis nocturna, acompaña de pérdida de peso y falta de apetito.

Julio 10 -2020 Se observa a paciente desanimado y decidido a ya no seguir asistiendo a recibir su tto. refiere que ha perdido su trabajo por su enfermedad actual, nadie lo acepta e incluso se aleja de familiares, amigos y pareja viendo esta reacción se le comunica a Psicóloga y a médico para una nueva consulta. Durante el mes de Julio y Agosto trabajamos en conjunto su estado de ánimo en cada toma de tratamiento para Tb. Octubre 21- 2020 Comité de Tb dan resultados de informe acordando alta médica y planificando sus visitas 1 vez por mes para evaluar su condición de salud.

### 3.2.4.1 EXÁMENES

N.º	BACILOSCOPIA				CULTIVO			
	Fecha de toma de muestra	N.º correlativo	Fecha de resultado	Resultado	Fecha de toma de muestra	N.º correlativo	Fecha de resultado	Resultado
<b>CAP</b>	30/05/2019	511	3/05/2019	(+)	-----	-----	-----	-----
<b>1</b>	21/08/2019	940	21/08/2019	(+)	-----	-----	-----	-----
<b>2</b>	3/09/2019	1022	3/09/2019	(4 BAAR)	-----	-----	-----	-----
<b>3</b>	30/09/2019	913	30/09/2019	(-)	-----	-----	-----	-----
<b>4</b>	30/10/2019	993	30/10/2019	(-)	-----	-----	-----	-----
<b>5</b>	27/12/2019	1228	27/12/2019	(-)	-----	-----	-----	-----
<b>6</b>	14/01/2020	126	14/01/2020	(-)	14/01/2020	965	14/02/2020	(-)
<b>7</b>	11/03/2020	285	11/03/2020	(-)	-----	-----	-----	-----
<b>8</b>	23/04/2020	410	23/04/2020	(-)	-----	-----	-----	-----
<b>9</b>	27/05/2020	576	28/05/2020	(-)	27/05/2020	1103	22/06/2020	(-)
<b>10</b>	23/06/2020	623	23/06/2020	(-)	-----	-----	-----	-----
<b>11</b>	11/08/2020	691	11/08/2020	(-)	-----	-----	-----	-----
<b>12</b>	07/09/2020	750	08/09/2020	(-)	-----	-----	-----	-----
<b>13</b>	27/10/2020	854	29/10/2020	(-)	27/10/2020	1141	28/11/2020	(-)

Tabla 7. Exámenes

### 3.2.4.2 TRATAMIENTO

#### CONTROL DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:

FARMACOS UTILIZADOS	
Pirazinamina	Kanamicina
Moxifloxacina	Clofazibe
Ethionamida	Isociacida
Etambutol	

Tabla 8. Tratamiento

Reflejando faltas continuas en el centro de salud durante 16 meses de tratamiento, de ello 13 días ausentes durante el mes de Julio a Octubre 21 del 2020 que finalizó su tratamiento y se trabajó en su estado de ánimo dentro del tiempo de internado en la comunidad hasta el 10 de Diciembre del 2020.

ESQUEMA DE TRATAMIENTO TB																
DIA	2019						2020									
	JUL	AGOS	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGOS	SEP	OCT
1		10	D	60	F	D	F	S	D		169	185	205	S	243	261
2		11	41	61	S	F	113	D	F	154	S	186	206	D	244	262
3		12	42	62	D	97	114	F	F	155	D	187	207	224	245	S
4		13	43	63	F	98	S	F	F	S	170	188	S	225	246	D
5		14	44	S	80	99	D	131	F	D	171	189	D	226	S	263
6		15	45	D	81	100	115	132	F	F	172	S	208	227	D	264
7		16	S	64	82	S	116	133	S	156	173	D	209	228	247	265
8		17	D	65	83	D	117	S	D	157	174	190	210	S	248	266
9		18	46	66	S	F	118	D	F	F	S	191	211	D	249	267
10		19	F	F	D	101	119	134	139	F	D	192	212	229	250	S
11		20	47	67	84	102	S	135	140	S	F	193	S	230	F	D
12		21	48	S	85	103	D	136	141	D	175	194	D	231	S	268
13		22	49	D	86	104	120	F	142	F	176	S	213	232	D	269
14		23	S	68	87	S	121	F	S	F	177	D	214	233	251	270
15		24	D	69	88	D	F	S	D	158	178	195	215	S	252	271
16		25	50	70	S	F	122	D	143	159	S	196	F	D	253	F
17		26	51	71	D	F	123	F	144	160	D	197	F	F	254	S
18		27	52	72	F	105	S	137	145	S	F	198	S	234	F	D
19		28	53	S	89	106	D	138	146	D	179	F	D	235	S	F
20		29	54	D	90	107	F	F	147	161	180	S	216	236	D	F
21		30	S	73	91	S	124	F	S	162	181	D	217	237	255	
22		31	D	74	92	D	125	S	D	163	F	199	218	S	256	
23	1	32	55	75	S	108	126	D	149	164	S	200	219	D	F	
24	2	33	56	76	D	109	127	F	150	165	D	201	F	F	257	
25	3	34	57	77	F	110	S	F	151	S	F	F	S	238	258	
26	4	35	58	S	93	111	D	F	152	D	182	202	D	239	S	
27	5	36	F	D	94	112	128	F	153	166	183	S	F	240	D	
28	6	37	S	78	95	S	129	F	S	F	184	D	220	241	259	
29	7	38	D	79	96	D	130	S	D	167	F	203	221	S	260	
30	8	39	59	F	S	F	F		F	168	S	204	222	D	F	
31	9	40		F		F	F		F		D		223	242		

Tabla 9. asistencia a tratamiento

### 3.2.5 REPORTE DE ENFERMERÍA

Paciente de 22 años de edad asiste a centro de salud a recibir tratamiento de Tb 10-07-2020 notando un carácter inapropiado con el personal de salud. Al momento consciente, orientado en tres esferas, acompañado de pareja. Examen físico: Facies álgicas, piel color naranja, pupilas fotoreactivas a la luz, respiraciones espontáneas, tórax simétrico con murmullo sibilante a la auscultación en campo izquierdo, hemodinámicamente estable, a la palpación abdomen blando depresible dolor moderado en epigastrio, genitales sin anomalía, refiere que padece de estreñimiento, Tono y fuerza muscular conservada de extremidades superiores e inferiores. Recibe cuidados de enfermería: consejería, escucha activa y toma de signos vitales P/A: 110/70 mmhg; P: 86 x min; R: 20 x min; T°37.3 °C; Peso: 50.2 kg Talla: 1.74 cm. Nota: se avisa a Médico y psicóloga para agendar una nueva consulta; considerando que el peso adecuado según su edad y estatura debe estar entre 57,5 kg - 72,7 kg.

13-07-2020 Se lo prepara y asiste a la consulta acordada por 20 min. Desde ese momento entre el médico y el paciente se decidió que en cada toma de medicamento lleve fruta o jugo de fruta para que ingiera 15 minutos antes y el dolor en epigastrio disminuya. El mismo tratamiento siguió sin falta alguna hasta el mes de Agosto llevando un registro continuo de cada toma. Durante ese tiempo los pesos fueron variantes desde 56.5 kg - 56.65kg - 59.2 kg, llegando a Septiembre con 60.65 kg hasta 62.3 kg; Desde ese momento a mediados del mismo mes se ausentó por motivos personales, paciente refiere “estoy cansado de esto y ahora con la pandemia ya no hay trabajo, seguro por mi enfermedad no podré seguir la universidad” Se lo tranquiliza intentando reconocer que todos estamos pasando por esta crisis y mostrando ejemplos de personas que pasan por la misma enfermedad y han salido adelante pero siempre manteniendo objetivos y metas a cumplir.

Octubre 01 al 21 del 2020 continúa su tratamiento de forma efectiva con signos vitales estables P/A: 100/70 mmhg; P: 87 x min. R: 22x min. T°: 36.8°C Peso: 62.5 Kg Talla:1.74 cm. Se realiza Reunión con personal y paciente para exponer caso de Kevin y dar de alta por haber finalizado el tratamiento de forma efectiva. Pidiendo disculpas por no hacer llegar el informe antes, por motivo de pandemia acordando que debe acercarse a chequeo médico una vez al mes valorando su condición de salud;

Durante el mes de Noviembre y Diciembre se planificó con exactitud estrategias decidiendo un horario disponible de visitas a su domicilio. Para trabajar el tema acordado con el paciente; fortaleciendo nuestro rol de futuros profesionales de enfermería.

### 3.3 SISTEMA DE CATEGORIZACIÓN EN EL ANÁLISIS DE DATOS

Todo el análisis del caso de forma lineal, cada evolución por mes de inicio a fin:

- **JULIO:**

**10 - 2020:** Carácter inapropiado, aislamiento social, miedo a estar expuesto y contagiarse. Se agenda nueva consulta con psicólogo y médico.

**15 - 2020:** Implementación de estrategias: llevar fruta como incentivo para medicación y disminuir dolor en epigastrio. Además, inducir la buena alimentación con el fin de ganar peso. **NOTA:** Llevar un control de peso diario.

**20 - 2020:** Se establece horario fijo de alimentación diaria y se anima al paciente a escribir metas alimenticias semanales.

**28 - 2020:** Ganancia de peso leve 56.65 kg. Comenta que visitó a su familia, pero se alejó de su pareja y aún sigue sin trabajo.

- **AGOSTO**

**05 - 2020:** Se lo incluyó en charla para la prevención de Covid-19 mediante demostración de lavado de manos, uso correcto de mascarilla y distanciamiento, para integrarlo y mejorar la relación social.

**12 - 2020:** Mejora el trato con personal de salud llevando un pequeño aperitivo para compartir. Continúa recibiendo tratamiento de 2da línea.

**19 - 2020:** Menciona que se lo incluya en la siguiente charla con el tema Alimentación saludable, colaborando con sándwiches de brócoli. Además, se le premia por su logro en la ganancia de peso.

**26 - 2020:** Gana peso llegando a 59.2 kg. Comenta con la enfermera que dirige el programa de Tb que ya regresó con su pareja y está dispuesto a terminar el tratamiento hasta que sea necesario.

- **SEPTIEMBRE**

**09 - 2020:** Asiste a consulta felicitándolo por subir de peso 60.65 kg, pero su reacción no fue tan agradable según sus gestos.

**16 - 2020:** Ya no asiste a recibir tratamiento de tb, se lo llama y no responde. Se lo localiza en su domicilio y mencionan que casi no lo ven porque sigue buscando en qué trabajar.

**23 - 2020:** Kevin asiste desilusionado porque en todo ese tiempo de ausencia no logró ningún lugar que lo acepte sin discriminación por su enfermedad.

Refiere: Lo que más anhelo es ser chef y estudiar en la universidad.

- **OCTUBRE**

**12 - 2020:** Se le comunica que como futuros profesionales de salud estamos interesados en trabajar con su caso y potenciar el rol de enfermería. Aceptando de forma inmediata quedando en evidencia fotografía y firma tanto de él, como del director del centro de salud “El Aguador”

**21 - 2020:** Comité de Tb dan resultados de informe acordando alta médica y planificando sus visitas 1 vez por mes para evaluar su condición de salud.

**28 - 2020**

Se lo llama para acordar día y hora de entrevista con su pareja.

Desde ese momento mediante revisión de artículos y guías se logró obtener actividades para mejorar su autoestima, ejercicios de respiración, técnicas de relajación, Bailoterapia y Yoga.

- **NOVIEMBRE**

**04 - 2020:** Comentar ejemplos de vida. Comentar sobre casos reales de personas que han pasado lo mismo y aun así siguen adelante(36).

**11 - 2020:** Mejorar la autoestima mediante risoterapia y arte. Plantear objetivos a corto y largo plazo(37).

**18 - 2020:** Realizar Ejercicios de respiración, técnicas de relajación. Se siente agradecido por tener 2 personas que pasan pendientes de él(38).

**25 - 2020:** Bailoterapia y Yoga. Se estimula todo el cuerpo dejando a libre elección sus canciones favoritas para favorecer el entorno y salir de la rutina(39).

- **DICIEMBRE**

**01 - 2020:** Seguir aplicando estrategias que motiven la participación del paciente ya que se ha visto mejoras rápidas en tan corto tiempo(40).

**04 - 2020:** Orientar sobre la importancia de un buen descanso. Paciente menciona sentirse relajado durante todo el día y puede dormir sin interrupción. Realizando antes de dormir un baño correcto con estimulación de ganglios en forma circular(36).

**07 - 2020:** Orientar sobre beneficios de tener una buena imagen, logrando mejorar su apariencia y actitud para continuar su trabajo independiente vendiendo ceviche, empanadas, y servicio de entrega express en motocicleta.

**10 - 2020:** Se le comunica que es momento de concluir y dar a conocer resultados de las actividades realizadas durante este periodo(41).

## **CAPÍTULO IV. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **4.1 DESCRIPCIÓN Y ARGUMENTACIÓN TEÓRICA DE RESULTADOS**

Mediante resultados de la entrevista individual aplicada a paciente, cónyuge y enfermera, así como también, puntos de vista del médico y psicóloga que lo



atendieron de inicio a fin de tratamiento, se obtuvo distintos enfoques según autores:

- A nivel Nacional autores como Agueda Muñoz, Carpio H, Sánchez J y otros en su artículo sobre “ Tuberculosis en América Latina y el Caribe: reflexiones desde la Bioética; Este artículo aclara el hecho de que la existencia de la discriminación por parte del ambiente laboral y social puede provocar las personas que padecen TB caigan en cuadros depresivos ocasionando el empeoramiento de la enfermedad(42). Lo cual se vio reflejado en nuestro paciente, que, por culpa de la discriminación por falta de conocimiento de las personas, tuvo que dejar su trabajo y sentirse observado y despreciado por la sociedad produciendo en él un cuadro depresivo muy severa obtenida mediante la escala de Hamilton y actualmente con la intervención se logró disminuir a depresión leve (28).
- Cedeño M, Figueroa F, Zambrano J, at en el 2019 indican la importancia del apoyo tanto familiar como del personal de salud, siendo el papel fundamental de este último valorar aspectos como la depresión y comportamientos de riesgo. Lo cual fue aplicado de forma efectiva por el personal que atendió a nuestro paciente, dándose cuenta del estado emocional e interviniendo concordantemente con la situación (43).
- Llanos y Ponce en su artículo del 2019 realizaron una encuesta logrando comprobar el estigma de la población hacia las personas con TB creyendo que esta solo afecta aquellas con desnutrición. Lo contrario a nuestro paciente el cual era una persona con peso ideal para su estatura y edad y no fue solo hasta que adquirió la enfermedad que empezó a tener una pérdida de peso notable, lo que tiende a pasar en la mayoría de los casos de TB, dando la creencia de que la tuberculosis afecta solo a las personas con desnutrición (11).
- Estudios internacionales indican la existencia de influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento de TB que demuestran una falla significativa en el tratamiento en aquellos que presentaban depresión según Requena M, Bedoya E. y Vitorino J. del 2019. Lo cual se hizo evidente en nuestro paciente, faltando a la toma de la medicación y eludiendo el personal de salud. Esto pudo ser corregido gracias a la correcta intervención del personal de enfermería, consiguiendo inclusive que el paciente apoyara emocionalmente a otro paciente de TB que también pasaba por depresión (44).
- “La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem” de Naranjo y Rodríguez M; fundamentan en datos estadísticos provenientes de los sistemas de información oficiales y tiene como objetivo fundamentar la aplicación de la teoría de Dorothea E. Orem en el entorno de la gestión del cuidado, dado esto es una de la más estudiada y validada en la práctica de enfermería por la amplia visión de la asistencia de salud en los diferentes contextos que se desempeña este profesional, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado(45).
- Márquez en el 2016 manifiesta en uno de sus artículos que una dieta rica en nutrientes puede mejorar la autopercepción, alerta y sentimiento de satisfacción. Lo que se comprueba con nuestro paciente, al realizar el cambio dietético manifestó sentir un cambio positivo, más energía, elevar su autoestima, mejorando su autopercepción (46).

## **CONCLUSIONES:**

La depresión en este análisis de caso jugó un papel importante dentro de la vida diaria del paciente, la cual tuvo un descenso significativo debido las estrategias que motivaron al paciente entre ellas: actividades que promueven la buena alimentación, actividad física, buen vestir y sobre todo que levanten la autoestima, estas fueron las razones por las que el paciente bajo su nivel de depresión. Marino Pérez Álvarez y José Manuel García Montes en su estudio "Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión" menciona que los tratamientos no farmacológicos son efectivos reduciendo la depresión en su grupo de prueba a tal punto de que deberían ser considerados como primera opción para el tratamiento depresivo(47). Su estado depresivo disminuyó en casi 4 meses. La entrevista realizada de forma directa ayudó en mucho, permitiendo conocer a fondo al paciente ya que, con su forma de vestir inadecuada, mala alimentación, sus ausencias al centro de salud y su manera de tratar al propio profesional fueron indicios que poco a poco mejoraron y haciendo uso de estrategias se logró esa disminución, recalcando que hay mucha probabilidad de disminuir en su totalidad si se continúa con las actividades realizadas.

Con la aplicación del modelo de Dorothea Orem en relación al autocuidado el paciente mejoró su estado de ánimo, percibe de una mejor manera su vida, se autoeduca, tiene facilidad en la toma de decisiones y cumple sus metas de corto plazo, planeando concluir sus objetivos a futuro mencionando seguir sus estudios. En relación al déficit de autocuidado la enfermera ayudó al paciente a través de la aplicación de estrategias que permitan conseguir la manifestación de interés en un buen régimen dietético consiguiendo de esta manera el peso indicado para su edad y estatura, la disminución del dolor en horas de sueño permitiendo un descanso adecuado y por último estrategias que permitan manifestar interés en su autocuidado. De esta forma el paciente fue disminuyendo el déficit de autocuidado de forma lenta pero continua sin rendirse ante cualquier circunstancia; En cuanto al proceso de atención de enfermería, los patrones alterados fueron: Patrón de nutrición debido a que presentó una disminución de peso y a su negación por alimentarse bien, patrón de actividad y reposo se vio afectado por los dolores que traía consigo la enfermedad y que le impedían dormir bien y en los horarios adecuados. Percepción y cognición alterado por la discriminación de las personas y como estas lo hacían verse provocando en él un retraimiento. En cada uno de ellos el paciente se comprometió en cumplir, siendo positivo y manteniendo buena actitud; teniendo claro que la autoeducación y seguimiento de actividades fuesen cumplidas y siendo la habilidad netamente del enfermero, se comprometen en la asistencia física, evaluación continua, apoyo y bienestar emocional, evaluando la capacidad del paciente con relación a conservar la salud en todos sus ámbitos.

Entre los hallazgos encontrados está la drogoresistencia provocada por la falta del paciente a la toma de la medicación debido a un bajo estado de ánimo, por lo que se dedicaron las acciones de enfermería a mejorar ese estado, lo que comparado con el estudio realizado por Félix Llanos-Tejada y César Ponce-Chang "Depresión y

adherencia en personas afectadas con tuberculosis. Una exploración preliminar de datos” en el que indica que la mala adherencia puede provocar la persistencia de la enfermedad, la resistencia de los bacilos por ende el incremento de la mortalidad, para lo cual recomienda el uso de estrategias a parte de las ya establecidas para conseguir disminuir la depresión y por ende mejorar la adherencia(11). El segundo hallazgo encontrado es que el paciente gozaba de buena salud física y psicológica antes de adquirir la enfermedad, y no fue hasta después que por la misma enfermedad sumado a la depresión lo que hizo que perdiera peso de forma notable, agravando aún más su enfermedad y el estado depresivo lo contrario a lo que indica Márquez MO en su estudio “Depresión y Calidad de la Dieta: Revisión Bibliográfica” en el que las personas creen que la tuberculosis sólo puede afectar a personas que ya contaban con malnutrición y problemas psicológicos, pero además menciona que la buena dieta acompañada de tratamientos de la conducta y demás no farmacológicos tienen un buen efecto en el tratamiento y prevención de la depresión(46).

El plan de enfermería fue aceptado satisfactoriamente por el paciente y se pudo mejorar su nivel de depresión. Los planes de cuidados y sus objetivos creados tanto para el paciente como el enfermero fueron de vital importancia siendo una guía de intervenciones que mediante los formatos de Nanda – Nic – Noc se mostraron idóneos en cada semana de progreso; para finalizar el último día se lo recompensó por permitirnos hacer seguimiento de su caso, felicitarlo por su pronta evolución esto incluye agregar a su día: frutas, tomar suficiente agua, realizar estiramientos, actividades recreativas en la mañana durante 20 min, mantener higiene personal y actitud positiva.

## **RECOMENDACIONES**

La mayor parte de pacientes con Tb tienden a caer en episodios de depresión o algún trastorno del estado de ánimo, por ello se debe actuar de manera rápida antes de que esta se vuelva transitoria o permanente, mediante escucha activa, terapias de relajación, actividades que ayuden a salir de la rutina (arte, música, bailar, crear objetos etc.) mostrando desde un inicio interés por su salud y pedir ayuda al personal que conforma el equipo multidisciplinario, cada uno tiene su rol pero el enfermero siempre estará presto para todo, no dejando a un lado que un buen trabajo en equipo resulta mejor si se plantean objetivos a corto y largo plazo.

Se pueden realizar más investigaciones sobre como ayudan este tipo de intervenciones de enfermería psicoterapéutica en pacientes que pasan por bipolaridad, ansiedad, drogadicción, alcoholismo, depresión postparto, suicidio, inicios de trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia), se lo puede emplear en paciente geriátricos, adolescentes, niños y niñas de 7 a 9 años, entre otros.

## REFERENCIAS

1. Katherine S, Rondon R, Santamaria-alza Y, Herrera TM, Grimaldos FB. Secuelas estructurales y funcionales de tuberculosis pulmonar: una revisión de tema. *Rev Am Med Respir.* 2016;16(2):163–9.
2. Muñoz CG, Navarro NG, Alonso EP. Young patient with complicated multidrug-resistant tuberculosis. *Farm Hosp.* 2016;40(5):453–4.
3. Esp R. Depresión y funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de tuberculosis. *Rev Espec Médico-Quirúrgicas.* 2015;20(2):135–43.
4. Arango-Dávila CA, Rincón-Hoyos HG. Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2018;47(1):46–55.
5. OPS. Depresión y otros trastornos mentales comunes. *Ops* [Internet]. 2017;1–24. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
6. Ministerio de S. Lineamientos técnicos para el abordaje y seguimiento de casos de tuberculosis, ante la emergencia nacional por COVID-19. *World Heal Organ* [Internet]. 2020;1(PG-14-14):14. Available from: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/2sav6NS> -
7. Kartsonaki C, Aschner PM, Muñoz OM, Girón D, García OM, Fernández-Ávila DG, et al. Control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades de Latinoamérica y el Caribe Lecciones aprendidas. *Organ Panam la Salud* [Internet]. 2017;27(7):s1--s44. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26600979><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4644885><https://academic.oup.com/ecco-jcc/article-lookup/doi/10.1016/j.crohns.2014.02.002><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30200405><http://w>
8. Jiménez P, Calvopiña K, Herrera D, Rojas C, Pérez-Lago L, Grijalva M, et al. Identification of the Mycobacterium tuberculosis Beijing lineage in Ecuador. *Biomedica.* 2017;37(2):233–7.
9. Paola A, Pineda T, Silvana N, López S, Ximena M, Paguay T, et al. Pacientes con tuberculosis conocimientos y actitudes frente al problema , Esmeraldas - Ecuador. *Scielo.* 2019;4:8–13.
10. Andam K, Al-hassan RM, Asante SB, Diao X, Frohlich ED, Ré RN, et al. Caracterización de la tuberculosis sensible en el Ecuador: una visión epidemiológica a un antiguo y latente problema de salud. *J Chem Inf Model* [Internet]. 2015;53(November):1689–99. Available from: [http://www.statsghana.gov.gh/docfiles/glss6/GLSS6\\_MainReport.pdf](http://www.statsghana.gov.gh/docfiles/glss6/GLSS6_MainReport.pdf)<https://resources.saylor.org/wwwresources/archived/site/wp-content/uploads/2015/07/ENVS203-7.3.1-ShawnMackenzie-ABriefHistoryOfAgricultureandFoodProduction-CCBYNCSA.pdf>

11. Llanos-Tejada F, Ponce-Chang C. Depresión y adherencia en personas afectadas con tuberculosis. Una exploración preliminar de datos. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2019;82(2):104–9. Available from: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3536>
12. Ciencias U De, Sancti M, De D, Elizabeth D, Elizabeth D. The self-care deficit nursing theory: Dorothea Elizabeth Orem. *Gac Medica Espirituana* [Internet]. 2017;19(3):89–100. Available from: <http://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1129/html>
13. Garza-Velasco R, Ávila-de Jesús J, Perea-Mejía LM. Tuberculosis pulmonar: la epidemia mundial continúa y la enseñanza de este tema resulta crucial y compleja. *Educ Quim* [Internet]. 2017;28(1):38–43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eq.2016.09.009>
14. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis en las Américas 2018. OPS - OMS [Internet]. 2018;4(1):64–75. Available from: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49510/OPSCDE18036\\_spa?sequence=2&isAllowed=y#:~:text=En las Américas%2C la tasa,América \(3%2C3\).&text=Fuente%3A OMS.,mundial sobre la tuberculosis 2018](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49510/OPSCDE18036_spa?sequence=2&isAllowed=y#:~:text=En las Américas%2C la tasa,América (3%2C3).&text=Fuente%3A OMS.,mundial sobre la tuberculosis 2018).
15. Organización Panamericana de la Salud. Salud y enfermedad en la población. *Organ Panam la Salud*. 2011;2:1–46.
16. Gaibor-González I, Moreta-Herrera R. Optimismo disposicional, ansiedad, depresión y estrés en una muestra del Ecuador. *Análisis inter-género y de predicción. Actual en Psicol*. 2020;34(129):17–31.
17. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Prevención, diagnóstico y tratamiento y control de la tuberculosis [Internet]. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. 2018. 1–150 p. Available from: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GP\\_Tuberculosis-1.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/GP_Tuberculosis-1.pdf)
18. Salud OM de la. Depresión. 2017; Available from: <https://www.who.int/topics/depression/es/#:~:text=La depresión es un trastorno,cansancio y falta de concentración>.
19. Ministerio de Salud de El Salvador. Estrategia Nacional de participación Comunitaria. *Minist Salud El Salvador* [Internet]. 2016;1–46. Available from: [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/estrategias/estrategia\\_nacional\\_comunitaria\\_tuberculosis\\_2017\\_2020.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/estrategias/estrategia_nacional_comunitaria_tuberculosis_2017_2020.pdf)
20. González Ochoa E, Raúl Díaz Rodríguez I, Lourdes Suárez Álvarez I, Gladys Abreu Suárez I, Luisa Armas Pérez I, Enrique Beldarraín Chaple I, et al. Eliminación de la tuberculosis en Cuba: contribuciones recientes, resultados y desafíos Elimination of tuberculosis in Cuba: recent contributions, results and challenges. *Rev Cubana Med Trop* [Internet]. 2017;69(3):1–25. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0375-07602017000300010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602017000300010)
21. Profile SEE, Profile SEE. Influencia de la Depresión en los procesos

- atencionales del adulto Mayor en la Fundación El Edén de Charalá. 2018;(February).
22. Fran E. Depresión. Organ Mund la Salud [Internet]. 2020;1–4. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
  23. Vives JG, Santos PM. Dysthymia. Med. 2019;12(86):5037–40.
  24. Mayor TD, Trastorno TBY, La LDE, Solapamiento P, Diferencial D. Trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar y trastorno límite de la personalidad: solapamiento sintomático y diagnóstico diferencial. 2019;(December).
  25. Castro M, Y, Colbs. Intervenciones de enfermería para la detección y control de Tuberculosis Pulmonar. [Internet]. GOB.MX; 2018. p. 51. Available from: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-828-18/ER.pdf>
  26. Paneque Ramos E, Rojas Rodríguez LY, Pérez Loyola M. La Tuberculosis a través de la Historia: un enemigo de la humanidad. Rev Habanera Ciencias Médicas. 2018;17(3):353–63.
  27. Alarcón D, Meléndez G, Meléndez H. Epidemiology of hand burns in a referral center in Colombia: Retrospective cohort. Cienc e Innovación en Salud [Internet]. 2019;67(2):1–18. Available from: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/3618>
  28. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. Minist Sanidad, Serv Soc e Igualdad Agencia Evaluación Tecnol Sanit Galicia. 2014;61(2):38–41.
  29. Ciencias U De, Sancti M, De D, Elizabeth D, Elizabeth D. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac méd espirit. 2017;19(3):89–100.
  30. Ilmiah J, Kesehatan I. PERBEDAAN SELF-CARE AGENCY BERDASARKAN TEORI DOROTHEA OREM ANTARA TIPE NUCLEAR FAMILY DAN AGING COUPLE FAMILY. 2020;8487(2):273–83. Available from: <https://jurnal.unitri.ac.id/index.php/care>
  31. T. Heather Herdman, PhD, RN S, Kamitsuru FNI, PhD, RN F. Diagnósticos-de-Enfermagem-da-NANDA [Internet]. 11th ed. 2018. 1187 p. Available from: <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>
  32. Gloria M, Bulechek, PhD, RN, FAAN, Howard K. Butcher, PhD, RN, APRN, BC, Joanne McCloskey Dochterman, PhD, RN F. Intervenciones de Enfermería Sexta Edición [Internet]. 2009. p. 491. Available from: <http://www.consultadelsiglo21.com.mx/documentos/NIC.pdf>
  33. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería [Internet]. ELSEVIER. 2011. Available from: <http://www.consultadelsiglo21.com.mx/documentos/NOC.pdf>
  34. González-kadashinskaia GO, Zambrano-cornejo LMD. Ética y bioética en

- los profesionales de enfermería Ethics and Bioethics in Nursing Professionals Ética e bioética nos profissionais de enfermagem Resumen. Dominio las ciencias. 2016;2:106–19.
35. E.J. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Rev Cuba Oftalmol [Internet]. 2015;2(6):458. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21762015000200009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009)
  36. Álvarez-Mon MA, Pereira V, Ortuño F. Tratamiento de la depresión. Med [Internet]. 2017;12(46):2731–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2017.12.001>
  37. Veronica Lacasta A. Sentido del Humor y sus Beneficios en Salud. 2019;(July). Available from: <https://www.academica.org/analia.veronica.losada/47>
  38. Delgado Salazar CF, Mateus Aguliera ET, Rincón Bolivar LA, Villamil Parra WA. Efectos del ejercicio físico sobre la depresión y la ansiedad. Rev Colomb Rehabil. 2019;18(2):128–45.
  39. Pérez Tapia C. La actividad física como terapia complementaria en las enfermedades de salud mental. Rpcf. 2020;7(1):879–890.
  40. Moreno-Martínez FJ, García CIG, Hernández-Susarte AM. Evolución histórica de la higiene corporal: Desde la edad antigua a las sociedades modernas actuales. Cult los Cuid. 2016;20(46):115–26.
  41. Larios-Jiménez FE, González-Ramírez LP, Montes-Delgado R, González-Betanzos F, De Morán-Mendoza AJ, Solano-Murillo P, et al. Efficacy of relaxation techniques in the reduction of tension, anxiety and stress perceived by patients with cancer under chemotherapy treatment. Gac Mex Oncol. 2018;17(2):93–9.
  42. Muñoz del Carpio-Toia A, Sánchez H, Vergès de López C, Sotomayor MA, López Dávila L, Sorokin P. Tuberculosis en América Latina y el Caribe: reflexiones desde la bioética. Pers y Bioética. 2018;22(2):331–57.
  43. Cedeño M, Figueroa F, Zambrano J, Romero C, Arias C, Santos E. Apoyo familiar en la adherencia al tratamiento de pacientes con tuberculosis Family support in the adherence to the treatment of patients with tuberculosis Suporte familiar na adesão ao tratamento de pacientes com tuberculose María. Dominio las ciencias [Internet]. 2019;5:54–68. Available from: <http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/850>
  44. Hui S BL, Gunarso Susilohadi Mp, Leaders W, Made ARE, Andrew YT, Stewart F, et al. Salud mental como predictor de egreso en pacientes con tuberculosis atendidos en centros de alta incidencia. Lima, Perú. 2015-2017. Procedia - Soc Behav Sci [Internet]. 2019;2(1):94. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2017.10.008><http://www.ijern.com>  
[https://www.ijres.org/administrator/components/com\\_jresearch/files/publications/IJIRES\\_719\\_FINAL.pdf](https://www.ijres.org/administrator/components/com_jresearch/files/publications/IJIRES_719_FINAL.pdf)<http://openprairie.sdstate.edu/jur>  
<http://www.wipo.int/edocs/pubdocs/en/intprope>
  45. De Souza Neves LA, Castrighini CDC, Reis RK, Marin Da Silva Canini SR,

- Gir E. Social support and quality of life of people with tuberculosis/HIV. *Enferm Glob.* 2018;17(2):21–9.
46. Ontiveros Marquez M. Depresion y Calidad de la Dieta: Revision Bibliografica. *Arch Med.* 2016;1–9.
  47. Fernández Rodríguez C, Fernández Martínez R. Tratamientos psicológicos eficaces para la depresion. *Psicothema.* 2001;13(3):407–18.



## ANEXOS

### Ilustración 1: AUTORIZACIÓN DE ACCESO A LA HISTORIA CLÍNICA: OFICIO DIRIGIDO A DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD EL AGUADOR



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA**  
Casilla N°. 989- Teléfono 2983363  
**FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERIA**

Miércoles, 07 de Octubre del 2020.

Señor:  
MD. JUAN JOSE RAMOS DE LA CRUZ  
**DIRECTOR RESPONSABLE DEL CENTRO DE SALUD EL AGUADOR**  
MACHALA

De mis consideraciones:

Con un cordial saludo y deseándole muchos éxitos en sus funciones, por medio del presente solicito a usted, de manera muy comedidamente, se autorice el acceso a la Historia Clínica N°32014 del paciente **GUAMAN PINTADO KEVIN DANIEL**, a los estudiantes del Decimo semestre "A" de la Carrera de Enfermería de la Universidad Técnica de Machala, para que puedan recabar información necesaria para realizar el **Análisis de Caso**, el mismo que es requerido en el proceso de titulación para obtener el grado de Licenciada/o en enfermería, cuyo tema es titulado: **"PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE DEPRESIVO POR TUBERCULOSIS PULMONAR DESDE EL ENFOQUE DE DOROTHEA OREM"**.

Las estudiantes a intervenir en este análisis de caso son:

- **JOEL LUCIANO CRUZ GUANOQUIZA**, cédula: 0706827847, correo institucional: [jcruz3@utmachala.edu.ec](mailto:jcruz3@utmachala.edu.ec), celular: 0959781688.
- **JOSELYN GISELLA ZAPATA MONCADA**, cédula: 0706251121, correo institucional: [zapata3@utmachala.edu.ec](mailto:zapata3@utmachala.edu.ec), celular: 0981738625.

Esperando que el presente tenga una acogida favorable, me suscribo muy atentamente.



MD. JUAN JOSE RAMOS DE LA CRUZ  
C.I.: 0705809930  
**DIRECTOR RESPONSABLE DEL CENTRO DE SALUD EL AGUADOR**  
CORREO: [juanjos.ramos@gmail.com](mailto:juanjos.ramos@gmail.com)

Ilustración 1 Autorización a la historia clínica.

## Ilustración 2: OFICIO DIRIGIDO A PACIENTE PARA AUTORIZACIÓN DE TRABAJAR CON ÈL Y CONOCIMIENTO DEL TEMA A TRATAR



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MACHALA**  
 Casilla N°. 989-Telefono 2983363  
**FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERIA**

Lunes, 12 de Octubre del 2020.

Señor:  
**GUAMAN PINTADO KEVIN DANIEL**  
 MACHALA

De mis consideraciones:

Con un cordial saludo y deseándole muchos éxitos en sus actividades, por medio del presente solicito a usted, de manera muy comedidamente, se autorice el permiso para realizar el trabajo de titulación correspondiente al Décimo semestre paralelo A del presente año con relación a su caso actual, brindándonos información necesaria, permitiéndonos hacer un seguimiento mediante visitas a su domicilio y evidencias que faciliten nuestra intervención como futuros profesionales de salud; con el tema: "PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTE DEPRESIVO POR TUBERCULOSIS PULMONAR DESDE EL ENFOQUE DE DOROTHEA OREM".

Las estudiantes a intervenir en este análisis de caso son:

- **JOEL LUCIANO CRUZ GUANOQUIZA**, cédula: 0706827847, correo institucional: [jcruz3@utmachala.edu.ec](mailto:jcruz3@utmachala.edu.ec), celular: 0959781688.
- **JOSELYN GISELLA ZAPATA MONCADA**, cédula: 0706251121, correo institucional: [zapata3@utmachala.edu.ec](mailto:zapata3@utmachala.edu.ec), celular: 0981738625.

Esperando que el presente tenga una acogida favorable para su salud.

 <b>SR. GUAMAN PINTADO KEVIN DANIEL</b> C.I.: 0751061219 <b>Paciente</b>	 <b>SR. JOEL LUCIANO CRUZ GUANOQUIZA</b> C.I.: 0706827847 <b>Estudiante 1</b>	 <b>SRTA. JOSELYN GISELLA ZAPATA MONCADA</b> C.I.: 0706251121 <b>Estudiante 2</b>
--	---	--

### Ilustración 3: Evidencia de asistencia a recibir tratamiento de Tb y cronograma de visitas



Ilustración 3. Asistencia al tratamiento

<b>TABLA 8. Cronograma de visita a su domicilio</b>				
<b>NOVIEMBRE</b>	04/2020	11/2020	18/2020	25/2020
<b>DICIEMBRE</b>	01/2020	04/2020	07/2020	10/2020
<b>MES</b>	<b>PESO SEMANAL EN KILOGRAMOS // Normal 57.5 kg a 72.7 kg Talla: 174 cm Edad: 22 años</b>			
<b>JULIO</b>	50.2 Kg	52.1 Kg	53.7 Kg	54.8 Kg
<b>AGOSTO</b>	56.5 Kg	57 Kg	58.5 Kg	59.2 Kg
<b>NOVIEMBRE</b>	60.3 Kg	61.2 Kg	62.8 Kg	63.6 Kg
<b>DICIEMBRE</b>	64 Kg	64.7 Kg	65.6 Kg	66.7 Kg

Tabla 10. Cronograma de visita

#### Ilustración 4: Evidencia de entrevista y su respectivo comentario del Paciente y cónyuge



Ilustración 4. Entrevista con paciente

##### Comentario Paciente:

Kevin comenta sobre cómo fue su experiencia el primer día que se enteró que tenía Tb, además quién fueron las personas que lo apoyaron y la discriminación en su trabajo que recibió en cuento él habló de su enfermedad, antes de la pandemia él tuvo estrictamente que usar mascarilla y eso lo marcó perdiendo amistades influenciando en asistir a recibir su tratamiento, descuidar su alimentación, vestimenta, incluso llegó a pensar en quitarse

la vida, aislándose poco a poco de sus familiares y pareja; no tenía confianza en nadie ni en los profesionales de salud ya que en ese tiempo que perdió su trabajo ninguno de ellos prestaba el debido interés en él por la demanda de pacientes que acuden y no se abastecen. Él comenta que “El sistema de salud es muy lento a diferencia del IESS” a tal punto que decide abandonar totalmente su tto de Tb. Reconoce que para el mes de Abril a Junio regresó con la pareja dándole ánimo a seguir aunque no tenga fuerzas y continuo, faltando ciertos días por miedo a contagiarse en plena pandemia, había escuchado que las personas con Tb son propensas a contagiarse rápido sin cura alguna, menciona: “sinceramente si me porte mal con la lcda y el resto, estaba en esos días que no soportaba nada, yo llegaba y me retaban por no tener apetito me decían (¡COME! que en vez de subir, bajas), yo me sentía mal les alce la voz hasta que un día “una licen interna me habló bonito” y preguntó qué tenía, yo le conté que estaba harto de venir y tomar pastillas hasta la barriga me dolía “ella sugirió que lleve fruta antes de tomar la medicación habló primero con el doctor, luego de una semana me sentía mejor con algo de ánimo, así fue como los conocí a ustedes y me quisieron intentar ayudar” exclamó “ Enserio gracias por preocuparse llegaron en el momento preciso”.

##### Comentario de Pareja:



Ilustración 5. Entrevista con pareja del paciente

“Cuando nosotros nos enteramos de su enfermedad siempre trate de darle el mejor apoyo que se pudo, incluso me acuerdo que me quedaba a dormir con él, a veces noches seguidas, siempre le dije que estaría bien y Sobre su tratamiento nos dieron información necesaria, la psicología habló con los dos una vez por semana por 3 ocasiones, nunca deje de visitarlo y hacía lo posible para llevarle cualquier golosina o cualquier buena película para que se distraiga y se olvide de las pastillas un rato, siempre trate de subirle el ánimo como se pudo, así estuve junto a él en todo este gran proceso sin dejarlo ni un momento solo y continuaré para que recupere su actitud y personalidad del cual yo me enamoré”

### **Ilustración 5: Evidencias de entrevistas desestructuradas realizadas a personal que labora en Centro de Salud El Aguador**



*Ilustración 6. Entrevista al personal de salud*

- *Dr. Ramos menciona la responsabilidad que posee el profesional en incentivar a los pacientes a cumplir su tratamiento y comenta sobre evolución de inicio a fin.*

### **Comentario del director del centro de Salud:**

Para tratar un paciente con Tb es necesario hacer seguimiento de baciloscopias, histológico, criterio clínico, imagenológico, epidemiológico y en cuanto al tratamiento de un paciente con Tb requiere de 3 cosas que se encuentran establecidas según la OMS y son bienestar físico, psíquico y social, reconociendo que el tratamiento no corresponde únicamente a medicamentos ya que hay que potenciar el bienestar social y psicológico por lo que este tipo de pacientes tienen un diagnóstico del cual muchas personas discriminan por desconocimiento, se les aclara que la tb tiene curación, el tratamiento es largo y requiere de una toma continua en el centro de salud pero siempre recalando que es curable existiendo muchos casos de personas que se han recuperado. Ahora porque se menciona lo social, la persona se siente aislada del resto, como es el caso de Kevin pierden su trabajo, el tratamiento tampoco va a ser suficientemente útil, a diferencia de las personas que pueden asistir a tomar su medicación pero si no cuentan trabajo seguro y no tendrían sustento económico desencadenando la mala alimentación y por ende su recuperación tardará; Dentro del tratamiento se incluye una cita con psicóloga porque existen jóvenes asociación con el consumo de droga (marihuana, cocaína o combinaciones de distintos tipos), también cuando pasan por traumas durante la niñez por ejemplo abandono, falta de atención, maltrato psicológico, verbal, físico lo cual hace que no tengan proyectos de vida, realmente que no piensen en el mañana no dándole importancia a su vida y por ende ni al tratamiento.

**Psicóloga Del Centro de Salud menciona los principales temas a tratar con un paciente Tb que pasa por depresión por discriminación del resto.**

**Lcda. Guerrero da sus comentarios acerca del trato al paciente r reconoce que la evolución de Kevin fue favorable gracias al apoyo que se le brindó.**



*Ilustración 8. Entrevista al personal de salud*



*Ilustración 7. Entrevista al personal de salud*

### **Ilustración 6: Actividades realizadas con el paciente**



*Ilustración 9. Actividades realizadas*

Entrega de plan estratégico en su domicilio para iniciar seguimiento del caso, con el fin de controlar de peso, llevar una buena alimentación y mejorar su estado de ánimo.



*Ilustración 10. Actividades realizadas*

Cierre de seguimiento de caso e incentivo por participar con nosotros, y evolucionar satisfactoriamente.

## Ilustración 7: Comparación mediante escala de Hamilton hallazgos inicio

Miércoles, 19 - Agosto – 2020

15H00

<b>ESCALA DE DEPRESION SEGÚN HAMILTON</b>		
No deprimido: 0-7 Depresión ligera/menor: 8-13 Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23		
PARAMETROS A EVALUAR		PUNTUACION
<b>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</b> - Ausente 0 - Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente 1 - Estas sensaciones las relata espontáneamente 2 - Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) 3 - Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea 4		<b>2</b>
<b>Sentimientos de culpa</b> - Ausente 0 - Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 1 - Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones 2 - Siente que la enfermedad actual es un castigo 3 - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza 4		<b>3</b>
<b>Suicidio</b> - Ausente 0 - Le parece que la vida no vale la pena ser vivida 1 - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 2 - Ideas de suicidio o amenazas 3 - Intentos de suicidio (cualquier intento serio) 4		<b>2</b>
<b>Insomnio precoz</b> - No tiene dificultad 0 - Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño 1 - Dificultad para dormir cada noche 2		<b>0</b>
<b>Insomnio intermedio</b> - No hay dificultad 0 - Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche 1 - Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar) 2		<b>1</b>
<b>Insomnio tardío</b> - No hay dificultad 0 - Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir 1 - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama 2		<b>2</b>

Ilustración 11. Escala Hamilton

<b>Trabajo y actividades</b> - No hay dificultad 0 - Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) 1 - Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) 2 - Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad 3 - Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda. 4	<b>4</b>
<b>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</b> - Palabra y pensamiento normales 0 - Ligero retraso en el habla 1 - Evidente retraso en el habla 2 - Dificultad para expresarse 3 - Incapacidad para expresarse 4	<b>3</b>
<b>Agitación psicomotora</b> - Ninguna 0 - Juega con sus dedos 1 - Juega con sus manos, cabello, etc. 2 - No puede quedarse quieto ni permanecer sentado 3 - Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios 4	<b>0</b>
<b>Ansiedad psíquica</b> - No hay dificultad 0 - Tensión subjetiva e irritabilidad 1 - Preocupación por pequeñas cosas 2 - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla 3 - Expresa sus temores sin que le pregunten 4	<b>1</b>
<b>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</b> - Ausente 0 - Ligera 1 - Moderada 2 - Severa 3 - Incapacitante 4	<b>1</b>
<b>Síntomas somáticos gastrointestinales</b> - Ninguno 0 - Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. 1 - Sensación de pesadez en el abdomen 2 - Dificultad en comer si no se le insiste. 3 - Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales 4	<b>2</b>
<b>Síntomas somáticos generales</b> - Ninguno 0 - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. 2	<b>2</b>
<b>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</b> - Ausente 0 - Débil 1 - Grave 2	<b>1</b>
<b>Hipocondría</b> - Ausente 0 - Preocupado de sí mismo (corporalmente) 1 - Preocupado por su salud 2 - Se lamenta constantemente, solicita ayuda 3	<b>3</b>
<b>Pérdida de peso</b> - Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana 0 - Pérdida de más de 500 gr. en una semana 1 - Pérdida de más de 1 Kg. en una semana 2	<b>1</b>
<b>Introspección (insight)</b> - Se da cuenta que está deprimido y enfermo 0 - Se da cuenta de su enfermedad 1 - Atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. 2 - No se da cuenta que está enfermo 3	<b>2</b>
<b>Total:</b>	<b>30 puntos</b>



## Ilustración 7: Comparación mediante escala de Hamilton hallazgos fin

Jueves, 10 - Diciembre – 2020

10H30

<b>ESCALA DE HAMILTON</b>		
No deprimido: 0-7 Depresión ligera/menor: 8-13 Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23		
PARAMETROS A EVALUAR		PUNTUACION
<b>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</b> - Ausente 0 - Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente 1 - Estas sensaciones las relata espontáneamente 2 - Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) 3 - Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea 4		<b>1</b>
<b>Sentimientos de culpa</b> - Ausente 0 - Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 1 - Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones 2 - Siente que la enfermedad actual es un castigo 3 - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza 4		<b>0</b>
<b>Suicidio</b> - Ausente 0 - Le parece que la vida no vale la pena ser vivida 1 - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 2 - Ideas de suicidio o amenazas 3 - Intentos de suicidio (cualquier intento serio) 4		<b>0</b>
<b>Insomnio precoz</b> - No tiene dificultad 0 - Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño 1 - Dificultad para dormir cada noche 2		<b>0</b>
<b>Insomnio intermedio</b> - No hay dificultad 0 - Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche 1 - Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar) 2		<b>2</b>
<b>Insomnio tardío</b> - No hay dificultad 0 - Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir 1 - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama 2		<b>0</b>
<b>Trabajo y actividades</b> - No hay dificultad 0 - Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) 1 - Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) 2 - Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad 3 - Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda. 4		<b>4</b>

<b>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</b> - Palabra y pensamiento normales 0 - Ligero retraso en el habla 1 - Evidente retraso en el habla 2 - Dificultad para expresarse 3 - Incapacidad para expresarse 4	<b>0</b>
<b>Agitación psicomotora</b> - Ninguna 0 - Juega con sus dedos 1 - Juega con sus manos, cabello, etc. 2 - No puede quedarse quieto ni permanecer sentado 3 - Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios 4	<b>0</b>
<b>Ansiedad psíquica</b> - No hay dificultad 0 - Tensión subjetiva e irritabilidad 1 - Preocupación por pequeñas cosas 2 - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla 3 - Expresa sus temores sin que le pregunten 4	<b>0</b>
<b>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</b> - Ausente 0 - Ligera 1 - Moderada 2 - Severa 3 - Incapacitante 4	<b>0</b>
<b>Síntomas somáticos gastrointestinales</b> - Ninguno 0 - Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. 1 - Sensación de pesadez en el abdomen 2 - Dificultad en comer si no se le insiste. 3 - Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales 4	<b>1</b>
<b>Síntomas somáticos generales</b> - Ninguno 0 - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. 1 2	<b>0</b>
<b>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</b> - Ausente 0 - Débil 1 - Grave 2	<b>0</b>
<b>Hipocondría</b> - Ausente 0 - Preocupado de sí mismo (comoralmente) 1 - Preocupado por su salud 2 - Se lamenta constantemente, solicita ayuda 3	<b>1</b>
<b>Pérdida de peso</b> - Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana 0 - Pérdida de más de 500 gr. en una semana 1 - Pérdida de más de 1 Kg. en una semana 2	<b>2</b>
<b>Introspección (insight)</b> - Se da cuenta que está deprimido y enfermo 0 - Se da cuenta de su enfermedad 1 - Atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. 2 - No se da cuenta que está enfermo 3	<b>0</b>
<b>Total:</b>	<b>11 puntos</b>