

---

---

**ESTUDIO DE CASO**

**ADOLESCENTE CON ALTERACIÓN EN EL PATRÓN FUNCIONAL**

**“AFRONTAMIENTO - TOLERANCIA AL ESTRÉS”**

**BASADO EN EL MODELO DE MARJORY GORDON**

Presenta:

**EEC. JOSELIN CRUZ PALOMERA**

Para obtener el grado de:

**ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL**

Asesor Académico: **EEP. ERCELEIDES VENANCIO GÓMEZ**





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS

**A DIOS**, por darme la oportunidad de vivir, por guiarme en este camino lleno de laberintos y permitirme llegar a esta meta, brindándome salud y bienestar.

**A MIS PADRES:** *Norma y Martín*, por su ejemplo de superación, por enseñarme que las cosas sólo se consiguen con esfuerzo, dedicación y algunas veces sufrimiento, por haber confiado en mí, por su amor, comprensión y apoyo incondicional.

**A MIS HERMANAS:** *Erika, Gabriela y Miriam*, quienes siempre estuvieron ahí, por compartir conmigo las alegrías, tristezas y retos; por motivarme a seguir en este camino con su admiración y confianza...

**A MI TUTORA CLÍNICA:** *EEP. Erceleides Venancio Gómez*, por sus conocimientos transmitidos, por confiar en mí, por su guía, tiempo y dedicación brindada en este proceso de enseñanza-aprendizaje.

**AL USUARIO “LUIS” Y A SU FAMILIA**, por permitirme trabajar en su caso, por su tiempo dedicado, las facilidades y la confianza brindada en la realización del Proceso de Atención de Enfermería.

**A MIS COMPAÑEROS DE LA ESPECIALIDAD**, quienes se volvieron como hermanos en esta tripulación, por su empatía, apoyo y amistad; por las experiencias vividas tan valiosas que me hicieron crecer personal y profesionalmente.

**A TI, MARIO RENE**, que desde el inicio siempre me apoyaste y motivaste, nunca me dejaste abandonar ni desviarme del camino para alcanzar esta meta, por compartir conmigo alegrías, tristezas, tardes de estudio y noches de desvelo, por escucharme y aconsejarme, por tu paciencia, comprensión, compañía y amor... gracias por todo!!!

**Al H. Jurado...**

A todas aquellas personas que contribuyeron con un granito de arena, no queda más que decirles:  
**GRACIAS...**

## DEDICATORIAS

*A mi madre, Norma...* porque ha sido tan difícil esta lucha para mí como para ti, porque mis dichas, alegrías, tristezas, preocupaciones y problemas también los has hecho tuyos y vivido a mi lado, siempre has estado cuando te he necesitado, porque eres una persona admirable, gran amiga y excelente madre, porque simplemente... eres la mejor!

*A Mario Rene...* porque sin esperar nada a cambio siempre tienes una palabra de aliento que no me deja caer y me motiva a seguir adelante, por confiar y creer en mí, porque aunque hemos pasado momentos difíciles siempre me has brindado tu comprensión, cariño y amor, por tu apoyo incondicional y permanecer a mi lado en este camino... por ser una parte esencial en mi vida!

*“A todas aquellas personas que pasaron frente a mí y me dejaron una enseñanza, a aquellos que imaginaban que mi vida era tan sencilla, a los que siempre me sintieron lejos, a los que nunca pude detener, a aquellos que me guiaron e hirieron, a quienes nunca confiaron en mí y quisieron ver mi caída, porque sin sus deseos y mis anhelos no hubiera tenido sentido el camino para llegar a esta meta”*

**ÍNDICE GENERAL**

<b>I.</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>II.</b>	<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	3
<b>III.</b>	<b>OBJETIVOS</b>	
	III.I Objetivo General.....	4
	III.II Objetivos Específicos.....	4
<b>IV.</b>	<b>FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA</b>	
	IV.I Antecedentes.....	5
<b>V.</b>	<b>MARCO CONCEPTUAL</b>	
	V.I Conceptualización de la Enfermería.....	9
	V.II Metaparadigmas de Enfermería.....	11
	V.III Proceso de Atención de Enfermería.....	12
	V.IV Modelo de Enfermería: Patrones Funcionales de Marjory Gordon.....	18
	V.V Modelo de Intervención en Crisis de Slaikeu.....	22
	V.VI Entrevista motivacional.....	31
	V.VII Depresión y Suicidio.....	36
<b>VI.</b>	<b>METODOLOGÍA</b>	
	VI.I Estudio de caso como estrategia de investigación.....	42
	VI.II Selección del caso y fuentes de información.....	43
	VI.III Consideraciones éticas.....	45

<b>VII. PRESENTACIÓN DEL CASO</b>	
VII.I Descripción del caso.....	48
VII.II Antecedentes generales de la persona.....	51
<b>VIII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA</b>	
VIII.I Valoración.....	52
VIII.II Diagnósticos de Enfermería.....	66
VIII.III Planeación de Cuidados Especializados.....	68
VIII.IV Ejecución.....	82
VIII.V Evaluación.....	83
<b>IX. PLAN DE ALTA.....</b>	<b>84</b>
<b>X. CONCLUSIONES.....</b>	<b>85</b>
<b>XI. SUGERENCIAS.....</b>	<b>87</b>
<b>XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>88</b>
<b>XIII. ANEXOS.....</b>	<b>92</b>

## I. INTRODUCCIÓN

El Especialista en Enfermería en Salud Mental (EESM) es un profesional especializado en el cuidado de las personas con sufrimiento psíquico tanto en su etapa aguda como crónica. Participa de manera independiente e interdependiente en la valoración del riesgo individual, familiar o comunitario así como en la planeación y evaluación de las intervenciones para el tratamiento farmacológico y no farmacológico y en la rehabilitación psicosocial.<sup>1</sup> Es un profesional que brinda cuidado con una fundamentación ética, científica y humanística que le proporciona herramientas para prestar una atención integral y de calidad. De igual manera, posee las bases necesarias para desarrollar procesos de investigación que le permitan ser innovador y propositivo en la planeación de las intervenciones durante la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en alteraciones reales o potenciales de la Salud Mental, reflejándose en la aplicación del método científico en la práctica enfermera: el Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

La presente es una investigación cuya estrategia de diseño es el estudio de caso, que fue realizado durante la práctica comunitaria de la Especialidad en Enfermería en Salud Mental, en una Escuela Secundaria ubicada al sur - poniente de la Ciudad de México.

Según la OMS, se calcula que más del 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. Se considera a la depresión como la segunda patología más frecuente en psiquiatría infantil, siendo su prevalencia en la población general entre 0.4 a 2.5% en niños y de 0.4 a 8.3% en adolescentes.<sup>2</sup>

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) demuestra que los trastornos psiquiátricos se inician a edades muy tempranas durante las primeras décadas de vida. La adolescencia es una etapa muy importante del desarrollo humano, ya que entre otros aspectos es en donde se incuban muchos de los problemas de salud mental que se expresan en etapas posteriores; estos problemas influyen en el desarrollo educativo, laboral, relacional y el establecimiento de conductas de riesgo y hábitos de vida saludables.<sup>3</sup>

Es por lo anterior que se decide realizar el estudio de caso a un adolescente, al que me dirigiré como “Luis” para resguardar su confidencialidad.

---

<sup>1</sup> Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia [base de datos en internet]. México: Servicios Web ENEO UNAM. 2011 [citado 10 Diciembre de 2014] Enfermería en Salud Mental [1 página]. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/posgrado/especialidades/mental.php>

<sup>2</sup> Nogales I, Ulloa F, Rodríguez J, Palacios C, Vásquez M, Munguía M, et al. Guía Clínica Depresión en Niños y Adolescentes. Guías Clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Secretaría de Salud. México: s.f.

<sup>3</sup> Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Méndez E, Fleiz C, Rojas E, Cruz C. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. Rev Salud Mental. 2009;32(2):155-163.

En éste estudio de caso se presenta un marco conceptual que da el sustento teórico a la enfermería como profesión así como a las bases interdisciplinarias de la especialización en salud mental, el cual permite comprender los conceptos básicos y los métodos utilizados durante el desarrollo del mismo.

Posteriormente se presenta cada una de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería aplicado a un adolescente con diagnóstico médico de Trastorno Depresivo Mayor, quien fue detectado en su centro educativo durante la impartición del taller psicoeducativo “depresión y suicidio” al realizar el comentario por escrito “quiero salir de la depresión” sic. pac., por lo que se aborda de manera personal previo consentimiento informado.

La etapa de valoración se realizó mediante una entrevista clínica exhaustiva semiestructurada y una entrevista motivacional, cuyos datos obtenidos se vacían en un instrumento organizado según el modelo de patrones funcionales de Marjory Gordon, sugerido por la especialista en psiquiatría y salud mental Joana Fornés Vives en su libro “Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental”; además se utilizan como herramientas de apoyo para la valoración el instrumento de apgar familiar, el Test HTP y el Genograma, encontrando en la fase de análisis y jerarquización alteración principal en el patrón funcional 10 “Adaptación – Tolerancia al estrés”.

A continuación se procede a formular los diagnósticos de enfermería reales y potenciales con formato PES (problema – etiología – signos y síntomas); se realiza una búsqueda exhaustiva en las bases de datos científicas con la finalidad de planear las intervenciones de enfermería basadas en evidencia y determinar los objetivos, para posteriormente ejecutarlas.

Al ser las etapas del PAE cíclicas y dinámicas, la evaluación de la respuesta humana ante las intervenciones ejecutadas se realizó mediante valoraciones focalizadas de los patrones funcionales alterados, analizando el grado del logro de los objetivos planteados. Es por ello que se realiza una valoración exhaustiva reflejada en la etapa de valoración y 3 valoraciones focalizadas reflejadas en la etapa de evaluación.

En seguida se puede visualizar el plan de alta de enfermería utilizado en los diferentes niveles asistenciales como una herramienta útil en la transmisión de la responsabilidad del cuidado al usuario y/o cuidador primario, cuyo objetivo es garantizar la continuidad de los cuidados posterior al alta de enfermería. A través de éste se brinda educación para el autocuidado y orientación para favorecer la reinserción social.

Finalmente, se presentan las conclusiones del estudio de caso, sugerencias para mejorar la atención de enfermería en salud mental en adolescentes en un primer nivel de atención y las referencias bibliográficas utilizadas estilo vancouver.



---

---

## II. JUSTIFICACIÓN

La depresión constituye un problema importante de salud pública. En los últimos años se ha asistido a un importante aumento de la prevalencia de la depresión a nivel mundial y, de forma paralela, a una disminución de su edad de comienzo. Es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%.<sup>4</sup> Además, una de cada cinco personas llegará a desarrollar un trastorno depresivo a lo largo de la vida, proporción que aumentará si concurren otros factores, como enfermedades médicas o situaciones de estrés.<sup>5</sup>

Por este motivo según la OMS, la depresión pasará a convertirse en el año 2020 en la segunda causa de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares. En el mundo, representa la cuarta causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables. En México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. Este trastorno generalmente comienza en edades tempranas, reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas, es un padecimiento recurrente y tiene importantes costos económicos y sociales. Es por ello que la depresión se encuentra entre los primeros lugares de la lista de enfermedades discapacitantes y se ha convertido en un objetivo prioritario de atención en todo el mundo.

La edad de inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se ubica en las primeras décadas de la vida; 50% de los adultos que han sufrido un trastorno mental lo padecieron antes de cumplir 21 años. Cuando los trastornos depresivos se presentan antes de los 18 años, el curso de la enfermedad es crónico y de mayor duración.<sup>6</sup>

Debido todo lo anteriormente expuesto y a las características particulares de la depresión en la infancia y adolescencia, es importante contar con profesionales en la atención primaria y especialistas en salud mental con formación y experiencia en el manejo de este trastorno, que dispongan de recursos necesarios para el diagnóstico oportuno y tratamiento precoz de la depresión, para evitar su máxima expresión, como lo es el suicidio.

Cabe mencionar que el presente estudio de caso se realizó como parte de las actividades académicas de la Especialidad en Enfermería en Salud Mental, cuyos objetivos se presentan a continuación.

---

<sup>4</sup> Álvarez AM, Atienza MG, De las Heras LE, Fernández MR, Ferrer GDVE, Goicoechea CA, et al. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Ministerio de Sanidad y política social. España, 2009.

<sup>5</sup> World Health Organization. Depression. Geneva: World Health Organization; 2007.

<sup>6</sup> Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Rev. Salud Pública de México. 2013;55(1):75-76

### III. OBJETIVOS

#### OBJETIVO GENERAL

- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería basado en el modelo de 11 patrones funcionales de Marjory Gordon a un adolescente con necesidad de atención especializada en salud mental, para brindarle cuidados especializados que favorezcan su calidad de vida.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Valorar el estado de salud de un adolescente aplicando un instrumento basado en el modelo de 11 patrones funcionales de Marjory Gordon.
- Identificar y jerarquizar los patrones de acuerdo al grado de alteración.
- Elaborar diagnósticos de enfermería con formato PES al identificar los problemas reales, potenciales y de bienestar de un adolescente con necesidad de atención especializada en salud mental.
- Estructurar un plan de cuidados de enfermería especializado e individualizado que dé respuesta a las necesidades del usuario en materia de salud mental.
- Aplicar en la práctica clínica los conocimientos obtenidos durante el bloque teórico de la especialidad en enfermería en salud mental, ejecutando las intervenciones de enfermería previamente planeadas para un adolescente con necesidad de atención especializada.
- Evaluar los resultados de las intervenciones ejecutadas determinando el cumplimiento de los objetivos planteados.

## IV. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

### ANTECEDENTES

La evolución histórica de Enfermería en pro del avance disciplinar ha conllevado también el desarrollo científico de la profesión, condición que en gran medida ha orientado la profesión hacia la producción de conocimiento y la aplicabilidad del mismo a nivel práctico. Esto convierte en objeto de interés analizar las principales estrategias que han facilitado la aplicación de la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) a la práctica profesional, en la cual, por medio de la documentación de evidencias se generan cambios en lo que comúnmente se ha practicado por tradición y cotidianeidad sin sustento científico.<sup>7</sup> Para desarrollar dicho análisis se realizó una búsqueda exhaustiva en diversas bases de datos que permitieran generar reflexión y estudio de la problemática presentada en este estudio de caso.

Es importante mencionar que se encontraron numerosos artículos dirigidos por profesionales de otras disciplinas, sin embargo son escasos los realizados por profesionales de Enfermería. Se presentará la evidencia científica publicada por profesionales de Enfermería con mayor afinidad con el presente Estudio de Caso:

El primero de ellos se titula “Proceso de Atención de Enfermería en pacientes deprimidos”, indexado en la Revista de Enfermería Neurológica, en la base de datos Medigraphic. El objetivo de este artículo es dar a conocer un proceso de atención a pacientes con depresión, aplicando el modelo de atención de Dorothea E. Orem, el cual aborda tres medidas preventivas importantes que debe conocer el usuario y la familia: la dieta, el ejercicio y el conocimiento del padecimiento. Pretende dejar evidencia sobre lo conveniente de emplear modelos de atención de enfermería en problemas de salud que requieren una atención continua por parte del equipo de salud y un conocimiento y compromiso hacia el autocuidado por parte del paciente. El desarrollo del PAE se presenta en forma de cuadros que facilitan su manejo y comprensión. Concluye que el primer nivel de atención representado por la prevención ha sido prioritario para evitar las complicaciones en el usuario con depresión; o bien, un adecuado abordaje en un segundo y tercer nivel de atención; además de que el personal de Enfermería debe adquirir la responsabilidad al realizar investigación y llevar a la práctica estrategias de atención continua.<sup>8</sup> La afinidad encontrada en el artículo con este estudio de caso se basa en las diferentes estrategias utilizadas para la atención al usuario con trastorno mental, entre ellas: la aplicación del método científico en la práctica enfermera mediante el Proceso de Atención de Enfermería; el

---

<sup>7</sup> Ramírez EN. Enfermería Basada en la Evidencia, una ruta hacia la aplicación en la práctica profesional. Revista Enfermería en Costa Rica. 2011;32(1):89-96.

<sup>8</sup> Hernández BZ, Nava GMG. Proceso de Atención de Enfermería en pacientes deprimidos. Revista Mexicana de Enfermería Neurológica. 2012; 11(3): 153-158.

desarrollo de un modelo de atención de enfermería como marco de referencia para la práctica fundamentado en principios filosóficos, éticos y científicos que reflejan el pensamiento, los valores, las creencias y la filosofía que tienen las autoras sobre la práctica de enfermería; y la estructuración del PAE en forma de cuadros que facilitan su manejo y comprensión.

El segundo artículo se titula “Caso clínico de una paciente diagnosticada de trastorno bipolar desde la visión del proceso enfermero”, indexado en la Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, en la base de datos Scielo. El objetivo de este artículo consiste en destacar en qué consiste el Proceso de Atención de Enfermería, exponiendo el caso clínico de una usuaria con trastorno mental grave; así como la importancia de la adopción de un modelo de cuidados ejemplificándolo con el modelo de Vida de Nancy Roper. La formulación de diagnósticos de enfermería se realizó con base en la taxonomía Nor American Nursing Diagnosis Association (NANDA) y la planificación de cuidados con base en la Clasificación de Intervenciones Enfermeras (NIC) y la Clasificación de Resultados Enfermeros (NOC). A modo de conclusión, se observa que con el PAE se desarrolla una base de conocimientos propia de enfermería que permite aportar una visión holística siendo beneficiosa en el desarrollo de la práctica multidisciplinaria y mejorando la autonomía de la usuaria en el manejo de las actividades de la vida diaria (AVDs), su autoestima y motivación para la adquisición de mejoras en sus hábitos de salud y su patología en general.<sup>9</sup> A pesar de que este estudio de caso no se basa en la línea de estrategia de las taxonomías NANDA – NIC – NOC principalmente por buscar la atención especializada e individualizada, es importante mencionar que éstas se utilizan en diversas instituciones de salud por representar una metodología de trabajo basada en la estandarización de los cuidados, la unificación del lenguaje y la facilidad en su registro.

El tercer artículo se titula “Perspectiva de Enfermería sobre la promoción de la salud mental de adolescentes”, indexado en la Revista Ciencia y Tecnología, en la base de datos de la Universidad Nacional de Trujillo – Perú. Se trata de una investigación cualitativa cuyo propósito fue describir los significados que se atribuyen a la promoción de la salud mental de adolescentes desde la perspectiva de enfermería y analizar los discursos acerca de la promoción de la salud mental. Se utilizó como marco teórico referencial el modelo de abordaje de la promoción de la salud propuesto por el MINSA, los determinantes de la salud según Lalonde y la teoría del desarrollo de Max- Neff. Se analiza que las actividades realizadas para la promoción de la salud mental en los adolescentes, ejecutadas en su mayoría por el personal de enfermería, se basan en la realización de talleres psicoeducativos sobre temas como: habilidades psicosociales, asertividad, autoestima, comunicación y toma de decisiones, mismas que permiten identificar factores de riesgo y/o conductas de riesgo; además, a pesar de que el desarrollo de la promoción de la salud mental en los adolescentes se aborda desde una perspectiva multidisciplinaria, la responsabilidad de las actividades recae en la enfermera por mantener una

---

<sup>9</sup> Campoverde EKR, Balcells BS, Miguel GC. Caso clínico de una paciente diagnosticada de trastorno bipolar desde la visión del proceso enfermero. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2013;33(120):787-792

relación más cercana con los adolescentes, por lo que se concluye que el desarrollo de las actividades para la promoción de la salud mental del adolescente constituye un desafío para el ejercicio práctico en el campo de la enfermería.<sup>10</sup> La afinidad encontrada en este artículo con el estudio de caso se basa principalmente en la evidencia científica que sustenta la promoción de la salud mental mediante la realización de talleres psicoeducativos como una intervención de enfermería que permite empoderar a los adolescentes y favorecer su salud mental, así como detectar casos que requieran de una atención especializada con la finalidad de realizar un diagnóstico oportuno y tratamiento precoz por parte del equipo interdisciplinario.

El cuarto artículo titulado “Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto” se encuentra indexado en la Revista Hacia la Promoción de la Salud en la base de datos Redalyc. Se trata de un proyecto de intervención educativa cuyo objetivo fue fomentar conductas protectoras a partir de los factores de riesgo para intento de suicidio identificados en adolescentes y promover el conocimiento de los factores de riesgo, dotando de herramientas para el abordaje inicial a educadores y padres de familia. Se retoman dos modelos conceptuales y programas de prevención del comportamiento suicida a nivel mundial: el estudio SUPRE-MISS, iniciado en 1999 por la OMS como una iniciativa a escala mundial dirigida a reducir la mortalidad asociada al suicidio aplicando una breve intervención psicoeducativa para los pacientes que hubieran tenido un intento de suicidio; y el modelo de prevención primaria y secundaria de la salud, centrado en la promoción de factores protectores en la población general y la detección temprana de factores de riesgo en grupos vulnerables. Para valorar la función familiar se utilizó el Apgar familiar. Los hallazgos de la investigación muestran una proporción de adolescentes con antecedente de suicidio del 13% lo cual puede considerarse alta, en el 73% de los participantes se encontró disfunción familiar y poco apoyo familiar identificándose como factores de riesgo para intento de suicidio. La intervención educativa desde enfermería, posibilitó la identificación de los factores de riesgo de los menores participantes. En los padres y docentes, posterior a la intervención, se observa un cambio favorable respecto a la adquisición de conocimientos de forma individual. Una mayor información posibilita la identificación oportuna de los menores en riesgo y la búsqueda de ayuda para tratamiento oportuno lo cual conlleva a la disminución de los eventos en este grupo poblacional. Se resalta el papel de la escuela como contexto apropiado para la realización de las intervenciones.<sup>11</sup> La afinidad con el estudio de caso se basa en la prevención del suicidio en el contexto escolar. Teniendo en cuenta que el suicidio constituye un importante problema de salud pública, se deben aprovechar los espacios académicos en colegios y escuelas, sin olvidar que para crear una estrategia efectiva en la disminución de suicidios e intento de suicidio en adolescentes es necesario capacitar a los educadores y padres de familia en la identificación de factores de riesgo.

---

<sup>10</sup> Saavedra OGE, Luna VMF. Perspectiva de enfermería sobre la promoción de la salud mental de adolescentes. *Revista Ciencia y Tecnología*. 2013;9(2):49-63.

<sup>11</sup> Piedrahita SLE, Mayerling PK, Romero AM. Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. 2012;17(2):136-148.

El último artículo pero no menos importante se titula “Identificación de indicadores suicidas en la población por la enfermera de atención primaria de salud”, indexado en la Revista Cubana de Enfermería, en la base de datos Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Se trata de un estudio descriptivo informacional cuyo objetivo es brindar a las enfermeras el conocimiento de algunos aspectos esenciales del suicidio para aumentar la efectividad de su papel en la prevención de este problema de salud, a partir de haber determinado previamente las necesidades informativas de estas profesionales. Se analiza lo útil que es la utilización del Proceso de Atención de Enfermería para el abordaje de los usuarios y familias con riesgo suicida. Se plantean las principales señales de peligro para comportamiento suicida, así como los factores de riesgo esenciales y los métodos más importantes para detectar ambos indicadores de forma precoz. Posteriormente se orienta a los profesionales de enfermería acerca de cómo intervenir frente a un paciente con indicadores suicidas y con su familia. Se concluye que una mejor preparación de estas profesionales para enfrentar el suicidio es una contribución relevante ante la disminución del impacto del suicidio en la comunidad.<sup>12</sup> La importancia de este artículo radica en analizar que, a pesar de ya tener 17 años publicado, el contenido sigue siendo una realidad, el suicidio constituye un problema de salud pública que requiere de la intervención del profesional de enfermería en un primer nivel de atención para favorecer la prevención y detección oportuna, por lo que la capacitación para lograr el objetivo constituye un pilar con gran importancia.

Finalmente me parece importante resaltar que el retomar elementos esenciales de la evidencia y aplicarlos a la Enfermería constituye una evolución de la disciplina en pro de mejorar un cuerpo de conocimientos que sustentan la práctica diaria, sin embargo se debe tener claridad de que el ser humano no es un ser fragmentado, sino que constituye un todo dimensionado y articulado permite la conducción de decisiones sustentadas en datos provenientes de investigación, la experiencia clínica sistematizada y la participación del usuario como ser único y singular.

En el siguiente apartado se presentará el marco conceptual que da el sustento teórico a la enfermería como profesión, así como a las bases interdisciplinarias de la especialización en salud mental, el cual permite comprender los conceptos básicos y los métodos utilizados durante el desarrollo de este estudio de caso.

---

<sup>12</sup> Blanca CSM, Guibert RW. Identificación de indicadores suicidas en la población por la enfermera de atención primaria de salud. Revista Cubana de Enfermería. 1998;14(3):188-195

---

---

## V. MARCO CONCEPTUAL

### CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

En la conceptualización de Enfermería es importante establecer las bases por las cuales se reconoce ésta como una disciplina profesional. Se denomina profesiones a aquellas ocupaciones que poseen una combinación particular de características tales como: competencia, autonomía, compromiso y responsabilidad. Estas características determinan un conjunto de conocimientos avanzadas y destrezas, así como un sistema orgánico de valores, elaborado y transmitido mediante una formación académica y una socialización profesional amplias, junto con estructuras profesionales para asegurar el nivel necesario de formación y ejercicio.

Es precisamente el ejercer la profesión a partir de un conocimiento específico que es propio de una disciplina, lo que permite establecer la diferencia entre el ejercicio profesional y el ejercicio disciplinar; en esta interpretación, se comparte lo planteado por el reconocido historiador y educador Padre Alfonso Borrero, quien afirma que la disciplina conlleva al sentido de rigor, de dedicación, de entrenamiento y ejercicio de los hábitos científicos de la persona para elaborar, transmitir y aprender una ciencia. Detrás de cada profesión deben existir conceptos que respondan a aquello que la hace única y diferente; esto es posible si se reconoce que cada profesión requiere del cumplimiento e de procesos mentales y del conocimiento, con un fundamento ético, moral y de valores.

En la segunda mitad del siglo XX, las líderes de Enfermería alcanzaron la formación de Doctoras, principalmente en las Ciencias Humanas, lo que las llevó a cuestionarse por el ser, el saber y el quehacer de Enfermería. En 1950 se reconoce que la práctica de enfermería se basa en la comprensión de la persona, el entorno, la salud y la enfermería; es por ello que hoy las diferentes filosofías, teorías, y modelos conceptuales presentan la singularidad o pluralidad de la autora que los postula, dando como resultado que los elementos metaparadigmáticos de Enfermería continúen vigentes como ejes del ejercicio, la educación y la investigación disciplinar. Unos ejemplos de este desarrollo se pueden vislumbrar con las siguientes teóricas de enfermería:

**Leininger (1925 - 2012)** considera que el objetivo de la teoría de los cuidados consiste en suministrar una asistencia coherente con el entorno cultural, la enfermera debe esforzarse para explicar el uso y el sentido de la asistencia, de forma que los cuidados, valores, creencias y modos de vida culturales suministren una base precisa y fiable para la planificación y puesta en marcha eficaz de una asistencia específica de cada cultura y para la identificación de los rasgos comunes o universales de esta actividad.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Leno GD. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología*. 2006;22:12-32

**Orem (1914 – 2007)** define a la enfermería como un servicio humano, proceso interpersonal y una tecnología (métodos o técnicas formales) que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma, para mantener la salud, la vida y el bienestar. Dichas acciones están orientadas hacia el fortalecimiento de la capacidad de autocuidarse o de realizar el autocuidado terapéutico.<sup>14</sup>

**Henderson (1897 – 1996)** consideró que la Enfermería es una profesión independiente con funciones independientes, de asistencia al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir su independencia lo más rápidamente posible.<sup>15</sup>

Para **Colliere (1930 – 2005)** la organización de los conocimientos que nutren los cuidados de enfermería no puede satisfacerse con metodologías ciegas y estereotipadas, ni encerrarse en sistemas rígidos, o en marcos teóricos prefabricados. Según esta propuesta, en el cuerpo de conocimientos de la profesión es indispensable que exista diversidad de percepciones que enriquezcan el cuidado.<sup>16</sup>

El avance conceptual de Enfermería, ha tenido como principal objetivo demostrar que ésta, más que una ocupación basada en la experiencia práctica y en los conocimientos adquiridos empíricamente a través de la repetición continuada de las acciones, es una disciplina con un ser, un saber y un quehacer propio. El desarrollo conceptual que hasta ahora se ha dado en Enfermería, refleja la búsqueda insistente de un marco propio que fundamente la identidad de la disciplina y la profesión, que disminuya su dependencia histórica de otras ciencias de la salud. Este gran avance ha plasmado la manera de expresar el significado de Enfermería, lo que se traduce en la consolidación del desarrollo conceptual, el crecimiento del cuerpo de conocimientos y la aceptación de Enfermería como una Disciplina Profesional.<sup>17</sup>

A continuación se presentan los conceptos de los 4 elementos metaparadigmáticos que delimitan el ser, saber y quehacer de la Enfermería.

---

<sup>14</sup> Vega AOM, González EDS. Teoría del Déficit de Autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Revista Ciencia y Cuidado. 2007;4(4): 28-35

<sup>15</sup> Kozier EB. Fundamentos de Enfermería. 5ª ed. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana 1998, pág.3

<sup>16</sup> Colliere MF. Promover la vida. De las prácticas de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. 1ª ed. España: McGraw Hill Interamericana; 1993

<sup>17</sup> Cabal EVE, Guarnizo TM. Enfermería como disciplina. Revista Colombiana de Enfermería. 2011;6(6):74-77.



## METAPARADIGMAS DE ENFERMERÍA

En Enfermería, se han planteado los elementos metaparadigmáticos o conceptos esenciales como los ejes que permiten establecer lineamientos para comprender el ser, el saber y el quehacer y se acepta que la profesión sólo puede avanzar si se asume como una disciplina que analiza, profundiza y crea conocimientos aplicables a un quehacer en forma permanente, reflexiva y crítica. Estos son:

**Persona.** En el ámbito de Enfermería, este término, no solamente se refiere al individuo como sujeto de cuidado, sino que abarca la familia, los grupos y la comunidad, y reconoce, en cada caso, la individualidad que les caracteriza y las dimensiones biológica, psicológica, social, cultural y espiritual. Cada sujeto de cuidado tiene características que lo hacen particular y diferente de otro similar.

**Salud.** Se concreta como la confluencia de las condiciones en las que se desarrolla cada una de las dimensiones del ser humano; se reconoce como una situación multicausal, dinámica e influenciada por la percepción del sujeto de cuidado sobre su salud y su calidad de vida. Los efectos de la interacción entre el desarrollo de las dimensiones humanas y las características del sujeto de cuidado, pueden ser favorables para la salud o pueden constituirse en factores de riesgo para la misma.

**Entorno.** Se considera como el conjunto de variables externas al sujeto de cuidado que pueden constituirse en factores protectores o factores de riesgo para el desarrollo de la persona, la familia, el grupo o el colectivo; en este contexto se da una situación de interacción entre el sujeto de cuidado y el entorno, en la que uno y otro inciden para construir prácticas de comportamiento, significados, actitudes, creencias y valores que determinan la salud del sujeto de cuidado.

### **Cuidado - Enfermería.**

Cuidado. Está constituido por el conjunto de intervenciones surgidas de la interrelación con el sujeto de cuidado, basadas en el conocimiento científico, técnico y disciplinar, dirigidas a mantener o recuperar la salud, prevenir la enfermedad y sus complicaciones o a favorecer la calidad de vida de quienes participan recíprocamente en esta relación de proximidad.

Enfermería. En el marco de este desarrollo conceptual, se asume Enfermería como el ejercicio de un arte y disciplina. Arte porque requiere de la sutileza para comprender al otro holísticamente, a partir de su trayectoria socio-antropológica, biológica, psicológica y espiritual; es decir, demuestra un interés particular por reconocer la individualidad del sujeto de cuidado. Es disciplina porque tiene un conocimiento propio, un desarrollo histórico y un ejercicio profesional definido.<sup>18</sup>

En el siguiente apartado se detalla la aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, cuyo objetivo principal es construir una estructura teórica que pueda satisfacer las necesidades del usuario, familia y/o comunidad.

---

<sup>18</sup> Ibid., p. 77- 78.

## PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es una herramienta necesaria que se sustenta en el método científico y se apoya en las teorías de la ciencia de enfermería, mediante el cual se brindan los cuidados de enfermería en la práctica de la disciplina profesional, siendo idóneo por sus características de dinamismo, secuencialidad, medición, facilidad de aplicación y juicio crítico. Éste nace de la necesidad de los profesionales de enfermería de organizar la práctica del cuidado de una forma sistemática y científica, de manera que se logre satisfacer las necesidades de cuidado de las personas en todos los ámbitos del ejercicio profesional de la disciplina.

El PAE se define como el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud, es por esto que el Proceso de Enfermería se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado en el método científico.<sup>19</sup>

Éste exige del profesional habilidades y destrezas efectivas, cognoscitivas y motrices para observar, valorar, decidir, realizar, evaluar e interactuar con otros profesionales de la salud. Como instrumento en la práctica del profesional, puede asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en Enfermería. Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de las intervenciones de Enfermería.

El proceso se organiza para su operacionalización en cinco fases cíclicas, interrelacionadas y progresivas, en las que se realizan acciones deliberadas para lograr los objetivos:

- ⊕ **Valoración:** Consiste en la recolección y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.
- ⊕ **Diagnóstico:** Es un enunciado que describe, diagnostica y trata las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales.
- ⊕ **Planificación:** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.
- ⊕ **Ejecución:** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- ⊕ **Evaluación:** Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.<sup>20</sup>

<sup>19</sup> Reina G. El Proceso de Enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico. Colombia 2010; 17:18-23.

<sup>20</sup> Armendáriz OAM, Medel PB. Teorías de Enfermería y su relación con el proceso de atención de enfermería. Revista Synthesis. 2007.

## VALORACIÓN:

Es la primera etapa del proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recolección y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes, que incluyen: al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible para la valoración. La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- ❖ Criterios de valoración siguiendo un orden "cefalocaudal": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda, de forma sistemática.
- ❖ Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- ❖ Criterios de valoración por "patrones funcionales de salud": la recolección de datos pone de manifiesto los datos y costumbres del individuo o familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de salud.

Un dato es una información concreta que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas humanas como consecuencia de su estado. Existen diferentes tipos de datos:

- ✓ Datos subjetivos: no se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica.
- ✓ Datos objetivos: se pueden medir por cualquier escala o instrumento y son verificables.
- ✓ Datos complementarios: son aquellos datos objetivos que complementan la información obtenida por medio de signos y/o síntomas. Por ejemplo: pruebas de laboratorio y estudios de gabinete.
- ✓ Datos históricos- antecedentes: son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento. Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- ✓ Datos actuales: son datos sobre el problema de salud actual.<sup>21</sup>

<sup>21</sup> Pérez HMJ. Operacionalización del Proceso de Atención de Enfermería. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2002;10(2):63

La recolección de dichos datos se realiza básicamente por medio de dos métodos:

### **A) Entrevista Clínica en Enfermería:**

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. Existen dos tipos de entrevista, ésta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente. El aspecto informal de la entrevista es la conversación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

### **B) Exploración física:**

Se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

Se utilizan cuatro técnicas específicas:

- ⊙ Inspección: es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos, como tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría.
- ⊙ Palpación: Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel, como tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad. Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen.
- ⊙ Percusión: implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos.
- ⊙ Auscultación: consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras de pulmón, corazón e intestino.<sup>22</sup>

Posterior a la recolección de los datos, se procede a validarlos confrontándolos con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros, así como a organizarlos según el modelo de enfermería utilizado, agrupando la información de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas.

---

<sup>22</sup> Arribas CAA, Aréjula TJL, Borrego OR, Domingo BM, Morente PM, Robledo MJ, Santamaría GJM. Valoración Enfermera Estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. Madrid: Observatorio de Metodología Enfermera, FUDEN. 2006.

**DIAGNÓSTICO:**

Es la conclusión que se hace sobre la situación de condiciones del paciente mediante la investigación, valoración o identificación de sus necesidades y/o problemas. Para poder diagnosticar, la enfermera se vale de un proceso mental que le permite establecer la relación de los hechos. Este proceso mental estará influido por sus conocimientos científicos, por sus experiencias previas en enfermería y su definición muy personal de enfermería.

La estructura del diagnóstico de enfermería según el formato PES está compuesta de tres partes:

**P** = Problema. Es la parte central del enunciado diagnóstico. Describe clara y concretamente el problema o situación de riesgo. Se denomina “Etiqueta Diagnóstica” e indica la manera de respuesta integral de la persona o familia a un cambio en el estado de salud.

**E** = Etiología. Refleja los agentes o factores causales del problema o situación de riesgo de la persona. Se denomina como factores que contribuyen a la presencia de la respuesta en el individuo. La actuación de enfermería debe ir encaminada a eliminar los agentes que motivan el problema, para resolver la situación, y por lo tanto, los agentes causales descritos en un diagnóstico deben ser sensibles a las intervenciones enfermeras.

**S** = Signos y síntomas. Describe las manifestaciones que se han identificado en la fase de valoración en la persona como consecuencia del problema. Constituye un elemento fundamental para determinar la intensidad del problema.

Los tres apartados que componen el enunciado diagnóstico, se presentan habitualmente ordenados y enlazados siguiendo el formato PES (problema + etiología + signos y síntomas). Se utiliza la fórmula “relacionado con” para enlazar el problema con la etiología y “manifestado por” para reflejar los signos y síntomas:

Problema r/c etiología m/p signos y síntomas

Básicamente existen 3 tipos diferentes de diagnósticos de enfermería, cada uno con unas características propias que van a condicionar la composición de su enunciado diagnóstico:

- ⊙ Real: se trata de juicios clínicos de la enfermera donde se describen problemas de salud de la persona, existentes en el momento de la valoración y que pueden ser abordados básicamente por la enfermera. Describe la respuesta actual de una persona, familia o comunidad a una situación de salud o proceso vital, y su identificación se apoya fundamentalmente por la existencia de signos y síntomas representativos de la presencia del problema. El enunciado de este tipo de diagnóstico incluye los tres apartados:

Problema + etiología + signos y síntomas

- **Potencial o de riesgo:** Son juicios clínicos que la enfermera realiza sobre un individuo, familia o comunidad que están más predispuestos a desarrollar el problema que otros en una situación igual o parecida. Describe problemas de salud que tienen una alta probabilidad de presentarse en un futuro próximo, en caso de no iniciarse medidas de prevención sobre los factores de riesgo. Dado que el problema no está instaurado en el momento de la valoración, no podemos describir su etiología ni las manifestaciones, aunque si debemos reflejar las situaciones que provocan en la persona una mayor vulnerabilidad a padecer el problema que el resto de la población de características similares. El enunciado de este tipo de diagnóstico de enfermería incluye solo dos apartados:

Problema + etiología

- **De salud o bienestar:** Son juicios clínicos respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Son diagnósticos de enfermería que describen situaciones en las que existe un funcionamiento eficaz, pero la persona manifiesta un deseo de conseguir un nivel superior de bienestar en alguna de sus funciones. Al no describir ningún problema ni etiología, consta de un apartado:<sup>23</sup>

Etiqueta diagnóstica

## **PLANEACIÓN:**

Consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera - usuario) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Es aquí donde se elaboran las metas u objetivos definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo. Incluye cuatro etapas:

- Establecimiento de prioridades en los cuidados.
- Planteamiento de los objetivos del paciente con resultados esperados.
- Elaboración de las intervenciones de enfermería y actividades específicas dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Las actividades propuestas se registran en el formato correspondiente y deben especificar: qué hay que hacer, cuándo hay que hacerlo, cómo hay que hacerlo, dónde hay que hacerlo y quién ha de hacerlo.
- Registro ordenado de los diagnósticos, resultados esperados y actuaciones de enfermería.

<sup>23</sup> Arribas CAA, Amezcua SA, Santamaría GJM, Robledo MJ, Blasco HT, Gómez GJL. Diagnósticos Estandarizados de Enfermería. Clasificación de los Valores Determinantes. Madrid: Departamento de Metodología e Innovación del cuidado, FUDEN. 2011. pág. 10- 16

## EJECUCIÓN:

Es la aplicación del plan de cuidados, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- ❖ Validar el plan con colegas expertos, otros miembros del equipo de salud y el paciente.
- ❖ Documentar el plan de atención para comunicarlo con el personal de los diferentes turnos.
- ❖ Continuar con la recolección de datos a lo largo de la ejecución, como fuente de nuevos datos que deberán ser tomados en cuenta como confirmación diagnóstica o nuevos problemas.

## EVALUACIÓN:

Se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

La evaluación consta de 4 partes:

- ⊕ La evaluación del logro de objetivos. Es un juicio sobre la capacidad del paciente para desarrollar el comportamiento especificado en el objetivo.
- ⊕ Revaloración del plan. Es el proceso de cambiar o eliminar diagnósticos de Enfermería, objetivos y acciones con base en los datos que proporciona el paciente.
- ⊕ La satisfacción del paciente atendido.
- ⊕ La evaluación de la intervención enfermera.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el paciente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva. <sup>24</sup>

En el siguiente apartado se describe el modelo de 11 patrones funcionales propuesto por Marjory Gordon, el cuál funge como guía para estructurar la práctica, la formación y la investigación de la enfermería profesional y diferenciar la aportación de la enfermería de las otras profesiones.

---

<sup>24</sup> Pérez. Op. cit., p. 65.

## MODELO DE ENFERMERÍA: PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

Un modelo conceptual provee un marco de referencia para la práctica; estos modelos están fundamentados en principios filosóficos, éticos y científicos que reflejan el pensamiento, los valores, las creencias y la filosofía que tienen sobre la práctica de enfermería quienes los han propuesto. Moreno citando a Fawcett, los define como “un conjunto de conceptos abstractos y generales que no pueden apreciarse directamente en la realidad; representan el fenómeno de interés de la disciplina, las proposiciones que describen estos conceptos y las proposiciones que establecen una relación entre ellos”. En los modelos se refleja la estructura sustantiva o conceptual y la estructura sintáctica de la disciplina. La conceptual describe los conceptos y explica qué es y qué no es enfermería; su campo de interés y los métodos de indagación que deben utilizarse. La estructura sintáctica ayuda a las enfermeras a comprender los talentos, las destrezas y las habilidades que debe desarrollar; describe los datos que deben ser recolectados para demostrar el impacto de enfermería en la práctica. Por todo lo anterior contribuyen a generar nuevo conocimiento e indicar en qué dirección debe desarrollarse la enfermería en el futuro.<sup>25</sup>

En la actualidad existen alrededor de 25 modelos conceptuales o grandes teorías de enfermería, y dada la complejidad de la práctica y las escuelas que han influenciado el pensamiento de sus autores, es casi imposible pensar que algún día se pueda plantear un único modelo para enfermería.<sup>26</sup>

La principal razón que han llevado al área de enfermería en salud mental a adoptar el modelo de Patrones Funcionales de Marjory Gordon es porque da unicidad a la persona al conceptualizar al ser humano como un todo compuesto por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí, favoreciendo la aplicación del PAE con la organización de los 11 patrones funciones (5 fisiológicos y 6 emocionales – conductuales).

Marjory Gordon fue una teórica y profesora estadounidense, que creó una teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud, fue líder internacional en esta área de conocimiento en enfermería. Fue la primera presidenta de la NANDA y miembro de la Academia Americana de Enfermería desde 1977 y fue nombrada como una “Leyenda Viviente” por la misma organización en 2009; falleció en Abril de 2015.

Gordon desarrolló un marco de referencia para organizar la valoración de Enfermería basándose en funciones con el fin de organizar las categorías diagnósticas y estandarizar la recolección de datos. Esta estandarización de datos de valoración no debe interferir con las creencias filosóficas o las teorías de la enfermera. La estandarización sirve como guía para conducir a la enfermera en la

<sup>25</sup> Moreno FME. Importancia de los Modelos Conceptuales y Teorías de Enfermería: Experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la Sabana. Revista Aquichan. 2005;5(1):44-55

<sup>26</sup> Marriner A, Railey M. Nursing theories and their work. 5ª ed. St. Louis: Mosby. 2002.



obtención de los datos que deben recogerse y no en el enfoque que deba darle al interpretar los datos ni para determinar las intervenciones.

Se utiliza el término **patrón** para referirse a una secuencia en el comportamiento a lo largo del tiempo. Se trata de secuencia de comportamiento, es decir comportamientos repetidos a lo largo del tiempo, acciones usuales y no acciones o eventos únicos o aislados. Un hecho que sucede una sola vez no se considera patrón. Los patrones, dice Gordon, los va conformando la enfermera al tomar los datos para la historia y al hacer el examen físico. A medida que la enfermera va teniendo más claridad del área que valora y gradualmente surge el patrón.

Se utiliza el término **funcional** para identificar por qué puede existir un patrón disfuncional y qué aspectos acertados o positivos están presentes en el ambiente de la persona. Esto se debe a que los 11 patrones representan una mezcla de la vida del usuario en su ambiente. Se pueden encontrar las causas de los problemas dentro del ambiente junto con las potencialidades que se requieren para resolverlos. Ningún patrón puede entenderse aisladamente, ya que la persona y el medio funcionan como un todo.

Se debe tener en cuenta que las once áreas de patrones funcionales de salud son adecuadas para efectuar la valoración de Enfermería tanto del individuo como de la familia y comunidades. Se recordara además que estos patrones forman la base de datos fundamental para la valoración de la Enfermería en todas las especialidades y con todo tipo de personas o grupos.

Los patrones fundamentales de salud evolucionan a partir de la interacción del usuario con el medio ambiente. Cada patrón es una expresión de integración biopsicosocial. Ningún patrón se puede comprender sin que tenga conocimiento sobre los demás patrones. Los patrones funcionales tienen la influencia de factores biológicos, de desarrollo, cultural, social y religiosos. Los patrones de salud disfuncionales pueden representarse con la enfermedad pero también pueden conducir a la enfermedad. Para establecer si un patrón es funcional o disfuncional se hace la comparación de los datos de la valoración con los datos basales del individuo, los datos normales establecidos para el grupo etario respectivo y con las normas culturales, sociales o religiosas. Los patrones son:

### **1. PATRÓN DE PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD:**

Este patrón describe lo que la persona percibe de su patrón de enfermedad o de bienestar y de cómo se comportan respecto a la salud. Comprende lo que el individuo siente de su propia salud y de la importancia de ésta respecto a sus actividades y sus planes futuros. Comprende también el nivel general de comportamiento de cuidados de salud tales como un permanente cumplimiento de medidas preventivas de salud tanto física como mental, de órdenes prescritas por el médico o enfermera y de una continuidad del cuidado de la salud.

**2. PATRÓN DE NUTRICIÓN - METABOLISMO:**

Describe las costumbres que el individuo tiene respecto al consumo de alimentos y líquidos relacionados con sus necesidades metabólicas y a los nutrientes locales existentes. Comprende el consumo usual de líquidos y alimentos que hace la persona, horarios, tipos y cantidad de alimentos consumidos, preferencias, uso de suplementos nutricionales como vitaminas. Implica también el informe de cualquier tipo de lesión en la piel y de la facilidad para cicatrizar. Se incluyen las condiciones de piel, uñas, pelo, membrana mucosa, dentadura y datos objetivos de temperatura corporal, altura y peso.

**3. PATRÓN DE ELIMINACIÓN:**

Describe las formas usuales de la función excretora (intestino, vejiga y piel). Comprende la percepción del individuo de su regularidad de las funciones excretoras, el uso de laxantes para la eliminación intestinal y de cualquier cambio o alteración en la frecuencia, en la forma, calidad y cantidad de la excreción. Implica también el uso de algunos aparatos especiales para controlar la excreción.

**4. PATRÓN DE ACTIVIDAD - EJERCICIO:**

Describe las costumbres o practicas usuales respecto al ejercicio, actividad, ocio y recreación. Comprende actividades de la vida diaria que exigen gasto de energía tales como higiene, cocinar, salir de compras, comer, trabajar y atender el hogar. Incluye además el tipo, cantidad de ejercicio, incluyendo los deportes que dan una idea del patrón típico de ese individuo. Se incluyen también los factores que interfieren con el patrón deseado o esperado del individuo tales como los déficits neuromusculares y sus formas de compensación; disnea, angina, calambres al hacer ejercicio y condiciones cardiopulmonares si es el caso. Los patrones de ocio se incluyen también y describe las actividades que el individuo cumple para recrearse ya sea con un grupo o con un individuo. Se hace énfasis en las actividades de mucha importancia para el usuario.

**5. PATRÓN DE DESCANSO - SUEÑO:**

Describe la manera acostumbrada de la persona respecto a su sueño, descanso y relajación. Comprende sus costumbres de dormir y de periodos de descanso y relajación en las 24 horas del día. También tiene en cuenta lo que el individuo siente respecto a la calidad y cantidad del sueño y descanso y del nivel de energía que logra con estos. Implica también todo tipo de ayudas que emplea para dormir, ya sea medicamentos, drogas o rutinas especiales que practica para dormir.

**6. PATRÓN COGNITIVO - PERCEPTUAL:**

Describe el patrón cognoscitivo y Perceptual. Comprende lo adecuado de las formas sensoriales tales como vista, oído, gusto, tacto, olfato y las medidas compensatorias o prótesis que utiliza para estas, alteraciones. Cuando existe, incluye informes sobre percepción de dolor y de la manera que lo maneja. Además comprende las capacidades cognoscitivas funcionales como el lenguaje, memoria y capacidad de tomar decisiones.

**7. PATRÓN DE AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO:**

Describe las percepciones y el concepto de sí mismo. Incluye las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo, lo que percibe de sus propias capacidades (cognoscitivas, afectivas y físicas), de su autoimagen, de su identidad, el sentido de valor general que tiene y el patrón general de emociones.

**8. PATRÓN DE ROL - RELACIONES**

Describe las formas de compromiso de rol y las relaciones. Comprende los principales roles y responsabilidades de las situaciones corrientes de la vida que el individuo identifica como suyas. Incluye la satisfacción o insatisfacción en la familia, trabajo, o en relaciones sociales y responsabilidades relacionadas con estos roles.

**9. PATRÓN SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN:**

Describe la percepción que el usuario tiene de su satisfacción o insatisfacción respecto de su sexualidad. Comprende también las etapas reproductivas en la mujer, pre o post menopausia y los problemas que la persona percibe.

**10. PATRÓN DE ADAPTACIÓN - TOLERANCIA DEL ESTRÉS:**

Describe las formas generales que la persona tiene de enfrentar los estímulos estresantes y de tolerarlos. Comprende las reservas o capacidades para resistir desafíos a la integridad personal, las formas de manejar el estrés, los sistemas de apoyo familiares o de otra fuente y además las capacidades que reconoce tener para manejar y controlar situaciones.

**11. PATRÓN DE VALORES - CREENCIAS:**

Describe el patrón de valores, metas o creencias (incluyendo los espirituales) que orientan las escogencias o las decisiones. Comprende aquello que el individuo percibe como importante en la vida, los conflictos y valores, creencias o expectativas relacionadas con la salud.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10a ed. Madrid: Elsevier; 2007.

## MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS DE SLAIKEU

El personal de enfermería tiene una influencia directa acerca de cómo los usuarios resuelven las crisis vitales, ya que tienen un acceso fácil a las personas y sus familias que están batallando con las reacciones de crisis asociadas con las heridas físicas y la enfermedad. Como miembros del equipo de salud, el personal de enfermería está presente cuando los usuarios escuchan acerca de la existencia y las implicaciones de amplio rango de la enfermedad. Es en este punto que pueden otorgarse los primeros auxilios psicológicos como intervención de primera instancia. Las enfermeras y otros miembros de los equipos del cuidado de la salud tienen un contacto continuo con los usuarios durante el curso de una enfermedad y están, por tanto, en una posición única para rastrear el proceso de la resolución de la crisis y para hacer importantes intervenciones en el mismo.<sup>28</sup>

Las descripciones que se han escrito acerca de cómo realizar la intervención en crisis abogan por una amplia gama de técnicas terapéuticas, entre ellas, el muy aceptado Modelo de Intervención en Crisis de Slaikeu. Antes de presentarlo, considero importante revisar algunos conceptos que facilitarán su entendimiento.

### ESTRÉS

Lazarus y Folkman en 1986 integran una definición que incorpora tanto los estresores como las respuestas a los mismos, mencionando la interacción entre la persona y el ambiente. Define “el estrés psicológico es el resultado de una relación particular entre la persona y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”; por lo tanto, la forma en que la persona aprecia la situación determina que sea percibida como estresante. Los factores individuales tales como características predisponentes, motivaciones, actitudes y experiencias determinan cómo las personas perciben y valoran las demandas; esta evaluación influye sobre los estilos de afrontamiento, las respuestas emocionales y a largo plazo en los resultados de salud.<sup>29</sup>

### CRISIS

Una crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo. Según la Teoría de la Crisis, todos los seres humanos pueden estar expuestos en ciertas ocasiones de sus vidas a experimentar crisis caracterizadas por una

<sup>28</sup> Slaikeu, K. Intervención en Crisis. Manual para práctica e investigación. 2ª ed. México: Manual Moderno; 2000. pp. 269- 272

<sup>29</sup> Fernández ME. Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de Enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional. Tesis Doctoral. Universidad de León, México: 2009.

desorganización emocional, perturbación y un colapso en las estrategias previas de enfrentamiento. El estado de crisis está limitado en tiempo, casi siempre se manifiesta por un suceso que lo precipita, puede esperarse que siga patrones sucesivos de desarrollo a través de diversas etapas y tiene el potencial de resolución hacia niveles de funcionamiento más altos o bajos. La resolución final de la crisis depende de numerosos factores, que incluyen la gravedad del suceso precipitante, recursos personales de individuo y los recursos sociales del individuo.

Las crisis tienen comienzos identificables, la experiencia de crisis se ha comprendido como algo precipitado o desbordado por algún suceso específico. Algunos sucesos son tan universalmente devastadores que casi siempre son capaces de precipitar una crisis; sin embargo, otros sucesos no son en sí y por sí de una proporción digna de una crisis, pero deben considerarse en el entorno del desarrollo total del individuo. Nowak (1978) sugiere que el impacto de un suceso particular depende de su oportunidad, intensidad, duración, continuación y grado de interferencia con otros acontecimientos para el desarrollo.

Se describen básicamente dos tipos de crisis:

- ① Las **crisis de desarrollo** son aquellas que se presentan con el desplazamiento de una etapa del crecimiento a otra, desde la infancia hasta la senectud. Cada etapa del desarrollo se relaciona con ciertas tareas del crecimiento, y cuando hay interferencia en la realización de las mismas, se hace posible una crisis. Desde el punto de vista de la Teoría de la Crisis, esto significa que muchas crisis son “predecibles” puesto que sabemos, con anticipación, que la gente tiene etapas decisivas que enfrentar en diversas ocasiones de sus vidas.
- ② Las **crisis circunstanciales** son accidentales o inesperadas y su rasgo más sobresaliente se apoya en algún factor ambiental. No todas las crisis se relacionan de modo directo con el proceso natural de maduración. En las crisis circunstanciales el suceso precipitante tiene poca o ninguna relación con la edad del individuo o la etapa de la vida en que éste se halla; éstas pueden afectar a cualquiera, en cualquier momento. Los posibles eventos precipitantes pueden ser relacionadas con la salud, una muerte, desastres naturales y provocados por el hombre, guerra y hechos relacionados y familia y economía.

Teóricamente se puede hablar de tres posibles efectos de la crisis: el cambio para mejorar, empeorar o regresar a niveles previos de funcionamiento (Sugarman y Masheter, 1985). Las crisis se consideran puntos decisivos de cambio, donde el peligro y la oportunidad coexisten, y donde los riesgos son altos. En este sentido, los efectos peligrosos pueden ser físicos o psicológicos. Suicidio, homicidio, otros menos mortales (aunque alarmantes) y formas de violencia física son ejemplos del peligro continuo.<sup>30</sup>

---

<sup>30</sup> Slaikou. Op. cit., p. 45-99.

## AFRONTAMIENTO

El afrontamiento según Fernández citando a Lazarus y Folkman, es un conjunto de respuestas emocionales, cognitivas y conductuales que se definen como modos de afrontamiento que median la experiencia de estrés y que tienen como finalidad reducir la respuesta fisiológica y emocional del mismo. Es un conjunto de acciones encubiertas o manifiestas que el sujeto pone en marcha para contrarrestar los efectos de las situaciones que valora como amenazantes y mediante las cuales trata de restablecer el equilibrio roto en la transacción persona -ambiente. Son los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés.

Se considera al afrontamiento como un proceso con determinaciones múltiples, que incluye tanto aspectos situacionales como predisposiciones personales. Ante fuentes similares de estrés, unas personas se ponen en alerta y vigilantes, mientras que otras intentan negar la situación, distraerse u olvidar, o por el contrario actúan de forma directa y activa para cambiar la situación, o tratan de aceptarla con resignación. Lazarus sostiene que lo que hace la persona como afrontamiento depende de la situación a la que se enfrenta y del tipo de persona de que se trata, y por lo tanto, el afrontamiento debe ser flexible y adaptarse a las necesidades de la situación y, por su parte, la persona tiene que aprender cómo ajustarse a la nueva situación.

Se señalan tres aspectos a considerar: primero, se trata de un proceso que cambia dependiendo de si el sujeto ha experimentado resultados exitosos o no cuando se enfrentó a una situación estresante; segundo, no sólo es una respuesta automática o fisiológica, si no también aprendida por la experiencia; y tercero, requiere de un esfuerzo para manejar la situación y restablecer la homeostasis o adaptarse a la situación.

Al analizar las disponibilidades de la persona, se valoran las habilidades personales de afrontamiento y si la persona percibe los recursos que tiene para resolver la situación de manera efectiva. Una vez valoradas la situación y los recursos personales se pasa a generar las estrategias de afrontamiento que puedan resolver el problema y/o controlar las emociones. Es por ello que las estrategias de afrontamiento tienen un papel determinante, ya que influyen sobre la valoración que el sujeto hace de la situación y sobre la respuesta de estrés, siendo mediadoras y determinantes de la misma. El afrontamiento y la evaluación cognitiva son interdependientes. Un subproceso implicado en el proceso de afrontamiento son las respuestas específicas de afrontamiento, es decir, la puesta en marcha de las estrategias de afrontamiento.

Existe diferencia entre los modos o estrategias de afrontamiento y los recursos de afrontamiento. Los primeros son lo que las personas hacen como reacción a un estresor específico que ocurre en un contexto concreto, son las conductas que tienen lugar tras la aparición del estresor, son las formas de hacer uso de los recursos de afrontamiento, son las distintas maneras en que se utilizan los recursos

disponibles para hacer frente a las demandas estresantes. Por el contrario, los recursos de afrontamiento actúan como posibilidades de reacción que el sujeto pone o no en funcionamiento, actúan como un factor amortiguador porque afectan a la interpretación de los acontecimientos o a la respuesta a ellos, actúan como precursores de la conducta, son características que capacitan a los individuos para manejar los estresores de forma más efectiva, experimentar pocos síntomas o síntomas menos intensos en la exposición al estresor, o recuperarse más rápidamente de esa exposición. Se pueden clasificar en recursos internos o personales y recursos externos o sociales. Los primeros se refieren a las facetas de la personalidad que pueden incrementar el potencial del individuo para abordar de manera efectiva el estrés, desarrollando un papel mediador entre el estrés y la salud.

El estudio de las estrategias de afrontamiento refiriéndose al objeto de los esfuerzos de afrontamiento se puede dividir en dos vertientes:

- ① El afrontamiento centrado en el problema: tiene como objeto la resolución de la situación o la realización de conductas que modifiquen la fuente de estrés, trata de modificar las circunstancias presentes o modificarse a uno mismo, se pone en marcha cuando el individuo aprecia que las condiciones de la situación pueden ser susceptibles de cambio e incluye la definición del problema, la generación de soluciones alternativas, sopesar y elegir las alternativas según sus costes y beneficios y ponerlas en marcha, es decir, la planificación para la resolución del problema y la confrontación.
- ② El afrontamiento centrado en la emoción: tiene como objetivo reducir o manejar el malestar emocional asociado o provocado por la situación, cambiando el modo en que se trata o interpreta lo que está ocurriendo, intenta modificar las cogniciones que alteran las significaciones que poseen los hechos, el sujeto considera que no puede hacer nada para modificar el entorno amenazante, incluye la búsqueda de apoyo social por razones emocionales, distanciamiento, escape-avoidance, autocontrol, aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva.<sup>31</sup>

Durante la vivencia de una crisis, la persona pierde de forma transitoria o definitiva una serie de aportes con los que ha contado, encontrando comprometida su estabilidad. La finalidad de la intervención en crisis es ayudar a la persona a recuperar el equilibrio necesario para seguir su trayectoria vital con una calidad de vida similar o incluso superior a la que disfrutaba anterior a la crisis. Existen diferentes modelos de intervención en crisis, sin embargo en este estudio de caso se retoma el Modelo de Intervención en Crisis propuesto por Slaikeu, el cual se presenta a continuación.

---

<sup>31</sup> Fernández. Op. cit.

## INTERVENCIÓN EN CRISIS

Citando a Slaikeu, la meta principal de la intervención en crisis es ayudar a la persona a recuperar el nivel de funcionamiento que tenía antes del incidente que precipitó la crisis (con enfoque a la restauración del equilibrio o a la reorientación de la capacidad del individuo para enfrentar a situación), diferenciando las metas de la psicoterapia a largo plazo: reducción de los síntomas, reorganización de la personalidad o cambios en el comportamiento. Un usuario “nunca regresa” al nivel previo de funcionamiento. Al translaborar y resolver de manera exitosa una crisis vital, la persona aprende nuevos caminos para salir adelante al conceptualizar la vida de forma diferente que antes de la crisis, sin dejar de lado la oportunidad para trabajar de nuevo conflictos personales sin resolver y reorganizar la propia vida después de que todo se ha derrumbado.

El reto de la intervención en crisis es ser flexible en grado suficiente como para movilizar una amplia variedad de recursos suprasistémicos en el trabajo hacia la resolución de la crisis para el usuario y éstos se fortalezcan para hacer tanto como puedan por ayudarse a sí mismos, así el consejero de crisis da los pasos de acción más directa sólo cuando la desorganización y el trastorno extremos impidan al usuario actuar por su propia cuenta, de esta forma se conceptualiza al consejero como facilitador/alentador de la independencia del usuario.

Un modelo amplio de intervención en crisis debe tomar en cuenta que las crisis implican desequilibrio, altos riesgos, sentido de urgencia e inmediatez y considerar al individuo como un participante activo en muchos sistemas comunitarios diferentes. Este modelo distingue dos tipos de metas:

- ✿ **Primeros auxilios psicológicos o de intervención en crisis de primera instancia.** Abarca la asistencia inmediata y lleva sólo una sesión. Son una breve intervención que, donde sea, toma algunos minutos o algunas horas. Se descompone en 3 submetas: otorgar apoyo, reducir el peligro de muerte y el enlace con recursos de ayuda; no se hace ningún esfuerzo para completar la resolución psicológica de la crisis.
- ✿ **Intervención en crisis de segunda instancia o terapia para crisis.** Se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del enfrentamiento, inmediato y, en cambio, se encamina a la resolución de la crisis; es decir, asiste a la persona de manera que el incidente respectivo se integre a la trama de la vida. La terapia para la crisis se comprende como una empresa de corta duración (de 6 semanas a algunos meses); requiere de más aptitudes y entrenamiento de parte del facilitador que en la crisis de primera instancia; y tiene los mismos requerimientos de espacio físico que en cualquier otra modalidad de orientación o psicoterapia. La terapia multimodal analiza los aspectos conductual, afectivo, somático, interpersonal y cognoscitivo (CASIC) de cualquier crisis de un usuario.



## INTERVENCIÓN DE PRIMERA INSTANCIA: PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS

La meta principal de los primeros auxilios psicológicos es reestablecer el enfrentamiento inmediato. Para la persona en crisis, el punto crucial del asunto es que ella se siente incapaz de tratar con las circunstancias abrumadoras que confronta en ese momento. El objetivo primario del facilitador es auxiliar a la persona a dar pasos concretos hacia el enfrentamiento con la crisis, lo cual incluye el control de los sentimientos o los componentes subjetivos de la situación y comenzar el proceso de solución del problema.

Existen tres submetas de los primeros auxilios psicológicos:

- ✧ Proporcionar apoyo. Es mejor para las personas no estar solas, en tanto soportan cargas extraordinarias; ello significa permitir a la gente hablarnos para extender la cordialidad e interés y proporcionar una atmósfera en la que el temor y la ira puedan expresarse.
- ✧ Reducir la mortalidad. Se dirige a la salvación de vidas y la prevención del daño físico durante la crisis (violencia física, suicidio u homicidio), así como a tomar medidas para hacer mínimas las posibilidades destructivas y desactivar la situación.
- ✧ Proporcionar enlace con fuentes de asistencia. Fijar con precisión las necesidades fundamentales y si es necesario realizar una remisión a algún otro facilitador, con la finalidad de que la persona pueda comenzar a dar pasos concretos hacia la translaboración de la crisis.

Los 5 componentes de los primeros auxilios psicológicos son:

- ① **Realizar un contacto psicológico.** Definido también como empatía o sincronización con los sentimientos de una persona durante una crisis. El escuchar de modo empático se identifica de manera más sólida con la terapia centrada en el usuario y es una condición previa para cualquier actividad de asistencia. Escuchar lo mismo los hechos que los sentimientos y utilizar lineamientos reflexivos para que la persona sepa que escuchamos lo que ha dicho.

La tarea primaria del facilitador es escuchar como el usuario visualiza la situación y se comunica. Se describe la tarea del facilitador como no sólo reconocer esos sentimientos, sino resistir la tendencia de quedar atrapado ante la intensidad de los sentimientos del usuario. El contacto psicológico no siempre se hace sólo mediante comunicaciones verbales; algunas veces el contacto físico, no verbal, es más efectivo, y sus objetivos son: que la persona sienta que la escucha, aceptan, entienden y apoyan, lo que a su vez se conduce a una disminución en la intensidad de las emociones; reducir el dolor de estar solo durante una crisis al reconocer y legitimar los sentimientos de ira, dolor, temor, etc. y a partir de eso reducir la intensidad emocional, reorientando la energía hacia hacer algo acerca de la situación.

- ② **Examinar las dimensiones del problema.** Implica la evaluación de las dimensiones del problema:
- Pasado inmediato. Remite a los acontecimientos que condujeron al estado de crisis, en especial el incidente específico que desató o precipitó la crisis.
  - Presente. Implica las preguntas de “quién, qué, dónde, cuándo, cómo”. Se pone atención tanto en las fortalezas como en las debilidades durante el periodo de crisis.
  - Futuro. Abarca las posibles dificultades futuras para la persona y su familia.

El objetivo principal es trabajar hacia un orden jerárquico de las necesidades de la persona, dentro de conflictos que necesitan manejarse de manera inmediata y de los que pueden dejarse para después. Conflictos que pueden necesitar atención inmediata son: hallar un lugar para pasar la noche, manifestar a una persona el deseo de suicidarse, o de “ganar tiempo” en una disputa familiar.

- ③ **Analizar posibles soluciones.** Implica la identificación de un rango de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas como para las que pueden dejarse para después, identificadas de manera previa. Es importante adiestrar a algunos usuarios para aun considerar la idea de que existen posibles soluciones con comentarios como “consideremos tan sólo lo que pasaría si tu...” o ¿qué tipo de soluciones puede intentar alguien más?
- ④ **Asistir en la ejecución de pasos concretos.** Relacionado directamente con la acción y la orientación hacia las metas, este componente implica ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta para manejar la crisis. El objetivo es dar el mejor paso próximo, dada la situación. El facilitador puede tomar una actitud facilitadora o directiva. Si la situación tiene una alta letalidad o si la persona no es capaz de cuidar de sí misma, la actitud del facilitador es directiva; cuando no existe peligro para sí mismo o para otros el papel del facilitador es más de guía, en donde hablan acerca de la situación pero el usuario toma la principal responsabilidad por cualquier acción.
- ⑤ **Seguimiento para verificar el progreso.** Implica el extraer información y establecer un procedimiento que permita el seguimiento para verificar el progreso. La actividad del facilitador es especificar un procedimiento para que él y el usuario estén en contacto en un tiempo posterior. El objetivo del seguimiento es completar el circuito de retroalimentación o determinar si se lograron o no las metas de los primeros auxilios psicológicos (ver anexo 1).

Como respuesta a las amenazas de suicidio u homicidio, los primeros auxilios psicológicos incluyen una valoración de si la persona está o no tan trastornada, desesperada o desorganizada como para que el suicidio u homicidio pudiera ser uno de los resultados eventuales de la crisis.

La evaluación de la peligrosidad debe incluir tres variables clave:

- ⊙ Un plan. Un individuo que no ha pensado en un plan o que no tiene los medios para llevar a cabo el plan está en menor riesgo que aquella que tiene un plan y los medios con los que lo hará.
- ⊙ Historial de intentos previos. Una persona que nunca ha intentado suicidarse está en menor peligro que una que sí lo ha intentado. La probabilidad de éxito aumenta con cada intento. Para las amenazas de homicidio, la indagación se enfoca en los fantaseos previos y en sus efectos, así como en el previo comportamiento agresivo y su resultado.
- ⊙ Voluntad de hacer uso de auxiliares externos. Los individuos que viven solos o no tienen familia o amigos están en mayor riesgo que aquellos que tienen a otros a quienes recurrir.

El facilitador debería estar disponible por teléfono o negociar un acuerdo en cuanto a que, si se necesitara, el individuo recurrirá a sus amigos cercanos, la familia u otros recursos en los siguientes días. El objetivo es ganar tiempo, posponer las decisiones irreversibles y finales, y tomar cualquier paso necesario para alejar los aturcidos usuarios en crisis de los medios mortales para acabar con la vida humana (asegurar la cooperación de no cometer suicidio por un periodo de tiempo acordado). Cuando el individuo no puede prometer que tomará precauciones contra el suicidio u homicidio, deben comprometerse otros, del medio social inmediato del usuario. Si tal contacto u observación protectora no es posible en el ambiente natural, es posible que se necesite de hospitalización voluntaria. Cuando la mortalidad es muy alta y la cooperación en la función de autoprotección no surge, es necesaria la hospitalización involuntaria.

### **INTERVENCIÓN DE SEGUNDA INSTANCIA: TERAPIA MULTIMODAL PARA CRISIS**

La terapia para crisis intenta ayudar al usuario a resolver la crisis, y se define como: “Translaborar el incidente de crisis de modo que éste se integre de manera funcional en la trama de la vida, para dejar al usuario abierto, antes que cerrado, para encarar el futuro”. Este proceso de translaboración es un esfuerzo mucho más extensivo que los primeros auxilios psicológicos, y que requiere más tiempo y un nivel más alto de entrenamiento para el facilitador. No todos los que experimentan una crisis vital necesitan de una terapia para resolverla. Muchos individuos translaboran las crisis por sí mismos, al beneficiarse del consejo de sus amigos, las lecciones recordadas del pasado o de las estrategias de enfrentamiento aprendidas sin la ayuda de un facilitador.

Las energías terapéuticas se ajustan para ayudar al usuario a sobrevivir físicamente a la experiencia de crisis, identificar y expresar sentimientos que la acompañan, obtener un dominio cognoscitivo y realizar toda una variedad de adaptaciones conductuales e interpersonales que se requieren.

La estructura de la valoración y el tratamiento se inspiran en el trabajo de Lazarus y otros, quienes adoptaron un enfoque multidimensional para la psicoterapia, en donde los sistemas de la personalidad CASIC se convierten en el foco de la terapia para crisis.

### PERFIL BÁSICO DE LA PERSONALIDAD

<b>Modalidad/ Sistema</b>	<b>Variables/ Subsistemas</b>
<i>Conductual</i>	Patrones de trabajo, interacción, descanso, ejercicio, dieta (hábitos de comida y bebida), comportamiento sexual, hábitos de sueño, uso de drogas y tabaco; presencia de cualquiera de los siguientes: actos suicidas, homicidas o de agresión.  Métodos acostumbrados para salir adelante con la tensión.
<i>Afectiva</i>	Sentimientos acerca de cualquiera de los comportamientos citados arriba; presencia de sentimientos tales como ansiedad, ira, alegría, depresión, etc.; adecuación de los afectos a las circunstancias ¿Se expresan o se ocultan los sentimientos?
<i>Somática</i>	Funcionamiento físico general, salud.  Presencia o ausencia de tics, dolores de cabeza, malestares estomacales y cualquier otros males somáticos; el estado general de relajación/ tensión; sensibilidad de la visión, el tacto, el gusto, la percepción y el oído.
<i>Interpersonal</i>	Naturaleza de las relaciones con la familia, los amigos, los vecinos y los compañeros de trabajo; fortalezas y problemas interpersonales; número de amigos, frecuencia del contacto con ellos y con los conocidos; papel asumido con los distintos amigos íntimos (pasivo, independiente, líder, como igual); estilo de la resolución de conflictos (asertivo, agresivo, aislado); estilo interpersonal básico (congeniante, suspicaz, manipulador, explotador, sumiso, dependiente)
<i>Cognoscitiva</i>	Sueños diurnos y nocturnos usuales; representaciones mentales acerca del pasado o el futuro; autoimagen; metas vitales y las razones para su validez; creencias religiosas; filosofía de la vida; presencia de cualquiera de los siguientes: catastrofización, sobregeneralización, delirios, alucinaciones, hablarse a sí mismo de manera irracional, racionalizaciones, idealización paranoide; actitud general (positiva/ negativa) hacia la vida.

Los datos para la valoración pueden extraerse de diversos recursos, de los cuales el principal es la entrevista clínica. Al utilizar la estructura CASIC como un mapa cognoscitivo, el clínico indaga acerca del funcionamiento del usuario en cada modalidad. Lo mismo si se habla con el usuario a solas, o con la presencia de familiares y amigos cercanos, el clínico tiene como principal tarea de valoración el determinar el impacto del incidente de crisis sobre el funcionamiento conductual, afectivo, físico, interpersonal y cognoscitivo.<sup>32</sup>

<sup>32</sup> Slaikou. Op. cit., p. 103-196.

## ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La intervención motivacional es una técnica en la que el facilitador se vuelve un ayudante en el proceso de cambio y expresa la aceptación del usuario. Es un estilo de consejería que puede ayudar a resolver la ambivalencia que evita que los usuarios cumplan con sus metas personales. La entrevista motivacional construye sobre las teorías de Carl Rogers acerca de las capacidades de la gente para ejercer libre albedrío y cambiar por medio de un proceso de auto-entendimiento. El papel del facilitador en la entrevista motivacional es directiva, con la meta de extraer planteamientos auto-motivacionales y cambio de comportamiento del usuario, además de crear la discrepancia de éste para aumentar la motivación hacia el cambio positivo.

La entrevista motivacional se trata de una forma concreta de ayudar a las personas para que reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes, particularmente útil con las personas reticentes al cambio y que se muestran ambivalentes ante el cambio. Para algunas personas, esto es todo lo que realmente necesitan; una vez que se desbloquean, dejan la inmovilización de los conflictos motivacionales y recuperan las habilidades y recursos que necesitan con el fin de llevar a cabo un cambio duradero. Todo lo que necesitan es un empujón en su motivación. Para otras personas, la entrevista motivacional es sólo un preludio para el tratamiento. Crea una apertura para el cambio que prepara el terreno para el trabajo terapéutico posterior. La responsabilidad para el cambio se deja a manos del individuo, los usuarios son siempre libres de aceptar nuestros consejos o no; sin embargo, los facilitadores ejercen un sorprendente grado de influencia sobre el cambio del usuario.

Las estrategias de la entrevista motivacional son más persuasivas que obligatorias, más de apoyo que de argumentación. El facilitador busca crear una atmósfera positiva para el cambio y su objetivo consiste en aumentar la motivación intrínseca del usuario, de manera que el cambio surja de dentro más que se imponga desde fuera. Éste tiene que actuar con un fuerte sentido del propósito, con estrategias y destrezas claras para lograr su propósito, y un sentido de lo oportuno para intervenir de formas particulares en momentos decisivos.

Los cinco principios generales de la entrevista motivacional son:

- ① **Expresar empatía por medio de escuchar atentamente.** La empatía es una destreza especificable y aprendible para entender la intención de otro al escuchar con atención. Un estilo empático comunica respeto y aceptación a los usuarios y sus sentimientos, estimula una relación sin juicios, colaborativa y permite ser un consultor que apoya y está bien informado. La entrevista motivacional empática establece un ambiente seguro y abierto que conduce a examinar problemas y conseguir razones personales y métodos para cambiar. La actitud del facilitador debe ser de aceptación, pero no necesariamente de aprobación o acuerdo.

- ② **Desarrollar discrepancia entre las metas o valores del usuario y su comportamiento actual.** La motivación para el cambio se aumenta cuando los usuarios perciben discrepancias entre su situación actual y sus esperanzas futuras. La tarea del facilitador es ayudar a concentrar la atención del usuario en cómo los comportamientos actuales difieren del comportamiento ideal o deseado. La discrepancia inicialmente se resalta al hacer conscientes a los usuarios de las consecuencias negativas personales, familiares o sociales, debido a un problema de comportamiento, y ayudándolos a enfrentar el uso de sustancias que contribuye a estas consecuencias. Una vez que el usuario comienza a entender de qué forma las consecuencias de su comportamiento actual confluyen con los valores personales significativos, expanda y concéntrese en este desacuerdo, hasta que el usuario pueda articular preocupación consistente y compromiso hacia el cambio.
- ③ **Evitar el argumento y la confrontación directa.** Tratar de convencer al usuario de que el problema existe o de que se necesita un cambio, podría desatar aún más resistencia. Si el facilitador trata de probar su punto, predeciblemente el usuario tomará el bando contrario. La argumentación con el usuario puede degenerar rápidamente en una lucha de poder y no aumenta la motivación por un cambio beneficioso. Cuando es el usuario y no el facilitador quien manifiesta argumentos para el cambio, se puede progresar. La meta es “caminar” con los usuarios, no “arrastrarlos”. Se debe empezar con los usuarios donde se encuentren y cambiar sus percepciones, sin discutir de etiquetas, sino por medios considerablemente más eficaces.
- ④ **Adaptarse a la resistencia del usuario en lugar de oponérsele directamente.** La resistencia es una preocupación legítima para el clínico puesto que predice resultados pobres para el tratamiento y falta de involucración en el proceso de tratamiento. Un punto de vista de la resistencia, es que el usuario se esté comportando a la defensiva. Otro punto de vista es que la resistencia es una señal de que el usuario ve la situación de forma diferente. La resistencia realmente le ofrece una oportunidad para responder en una forma nueva, quizás sorprendente, y tomar ventaja de la situación sin confrontar.
- ⑤ **Apoyar la autoeficacia y el optimismo.** Mejorar la autoeficacia requiere hacer surgir y mantener la esperanza, el optimismo y la viabilidad al cambio. Esto exige que reconozca las fortalezas del usuario y que las saque a flote cada vez que sea posible. A no ser que un usuario crea que el cambio es posible, la discrepancia percibida entre el deseo por el cambio y los sentimientos de desesperanza sobre lograr el cambio, posiblemente resulten en racionalizaciones o negación para poder reducir la incomodidad. Un proceso que inicialmente se sienta abrumador y desesperante, se puede eliminar para transformarlo en pasos pequeños logrables para la recuperación.<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> Miller, W. Mejorando la motivación para el cambio en el tratamiento del abuso de sustancias. Serie de Protocolo para mejorar el tratamiento. EEUU: 1999. p. 50-61.

La “rueda del cambio” propuesta por James Prochaska y Carlo DiClemente consiste de una serie de 6 etapas por las que cruza una persona en el proceso de cambio de un problema. El hecho de que la rueda sea un círculo refleja la realidad de que la persona gira alrededor del proceso varias veces antes de alcanzar un cambio. Esta rueda considera la recaída como un acontecimiento normal o un estado más del cambio. Es una perspectiva realista para evitar que se desmotiven, desmoralicen o derrumben cuando se produzca una recaída. Este modelo considera que un facilitador debe utilizar diferentes tácticas con un usuario, dependiendo del momento del proceso de cambio en que éste se encuentre. Las etapas son:

- ① **Precontemplación.** La persona aún no ha considerado que tenga un problema o que necesite introducir un cambio en su vida. Una persona que se aproxima a esta etapa y a la que se le indica que tiene un problema se puede sentir más sorprendida que defensiva. La palabra “contemplador” implica que alguien sabe que tiene un problema, aunque no es consciente de él. Una persona que se sitúa en esta etapa necesita información y feedback para que pueda aumentar su conciencia del problema y la posibilidad de cambiar.
- ② **Contemplación.** Una vez que aparece una toma de conciencia del problema, la persona entra en un periodo caracterizado por la ambivalencia, en donde la persona considera y rechaza el cambio a la vez; discurriendo entre las razones por las que debe preocuparse de su problema y las razones que cree tener para no preocuparse. La experiencia de la persona contempladora se describe como un tipo de oscilación entre las razones para cambiar y las razones para continuar de la misma manera. La tarea del facilitador consiste en ayudar a que la balanza se decante a favor del cambio. La entrevista motivacional puede resultar útil.
- ③ **Determinación.** Se considera a esta etapa como una ventana para una oportunidad, que abre la entrada a un nuevo periodo de tiempo. Si la persona entra en la etapa de acción, el proceso de cambio continúa; si no, la persona retrocede a la etapa de contemplación. La tarea del facilitador es aconsejarle el recurso terapéutico más adecuado, accesible, apropiado y efectivo.
- ④ **Acción.** Se considera como la etapa de inicio de la terapia o del counselling. La persona se implica en acciones que llevan un cambio. La intención de cambiar no garantiza que el cambio se mantenga a través del tiempo.
- ⑤ **Mantenimiento.** El reto consiste en mantener el cambio conseguido y el de prevenir la recaída. Éste puede requerir un grupo diferentes de habilidades y estrategias de las que fueron necesarias para conseguir el cambio inicial.
- ⑥ **Recaída.** Si esta se produce, la tarea de la persona consiste en empezar a girar de nuevo alrededor de la rueda antes que permanecer inmóvil en dicha etapa. Las recaídas son normales,

hechos esperables cuando una persona intenta cambiar cualquier patrón de conducta de larga duración. La tarea del facilitador es ayudar a la persona a evitar el desconsuelo y la desmoralización, continuar el cambio inicialmente planteado, renovar la determinación y poner de nuevo los esfuerzos realizados para alcanzar las etapas de acción y de mantenimiento.<sup>34</sup>

La motivación es la probabilidad de que una persona inicie, continúe y se comprometa con una estrategia específica para cambiar. Ésta se convierte así en una parte importante de la tarea del facilitador al dar consejos, motivar y aumentar la probabilidad de que el usuario siga unas acciones concretas cuyo objetivo es el cambio. Las estrategias que puede utilizar un facilitador para aumentar la motivación respecto al cambio son:

- ⊙ **Ofreciendo consejo.** Uno consejo dado en el momento preciso, dado de alguna manera y con claridad es un elemento que estimula el cambio. El consejo debe: identificar claramente el problema o el área problemática, explicar por qué el cambio es importante y recomendar un cambio específico. Proveer a la persona con estrategias alternativas concretas para cambiar puede ayudar a seguir el curso del cambio recomendado.
- ⊙ **Eliminando obstáculos.** Consiste en identificar y eliminar los obstáculos reales importantes que existen en los esfuerzos hacia el cambio, ya que éstos pueden interferir no sólo con la entrada en el tratamiento, sino también con los esfuerzos para cambiar. Un consejo motivacional efectivo ayuda a que un usuario identifique y supere esos factores inhibidores. Una vez que dichos obstáculos se han identificado, la tarea del facilitador es ayudar al usuario a resolver los problemas prácticos. Una persona puede tener miedo de que el cambio produzca unas consecuencias adversas sobre su vida o le prive de oportunidades importantes para recibir un refuerzo positivo.
- ⊙ **Ofreciendo alternativas.** La resistencia es algo predecible cuando una persona percibe que su libertad se ve limitada o amenazada. La motivación se ve aumentada por la percepción de que uno ha elegido con libertad un curso concreto de acción, sin una influencia externa significativa o una coerción. El facilitador debe ayudar a sus usuarios a sentir su libertad y responsabilidad de una elección personal.
- ⊙ **Disminuyendo la deseabilidad.** Las estrategias de motivación requieren retirar el peso que tiene el mantenimiento del lado del statu quo (costos percibidos o riesgos del cambio) y aumentar el peso del lado del cambio. Un patrón de conducta que persiste a pesar de las consecuencias negativas se mantiene por otros incentivos positivos. La tarea motivacional para el facilitador consiste en identificar los incentivos positivos del usuario para continuar con su conducta presente y buscar aproximaciones efectivas para disminuirlos, anularlos o

---

<sup>34</sup> *Ibid.*, p. 20-23.



compensarlos. Una estrategia consiste en aumentar la conciencia de la persona de las consecuencias adversas de la conducta. Si las personas que la rodean le expresan su preocupación, le ofrecen ayuda y le describen las consecuencias negativas del problema, entonces la motivación para el cambio aumenta.

- ⊙ **Practicando la empatía.** La calidez, el respeto, el apoyo, el cuidado, la preocupación, la comprensión empática, el compromiso y el interés activo son características del facilitador importantes. Mostrar una empatía adecuada es un factor que favorece la motivación para el cambio, ya que está asociado con bajos niveles de resistencia de los usuarios y con un cambio de la conducta a un mayor plazo. El objetivo de la empatía es comprender el significado de los demás a través del uso de la escucha reflexiva.
- ⊙ **Ofreciendo un Feedback.** Si uno no sabe dónde se encuentra, le será difícil planificar cómo llegar a algún lugar. Algunas veces las personas no consiguen cambiar porque no reciben suficiente información sobre su situación actual. Un conocimiento claro de la situación actual es un elemento crucial en la motivación para el cambio. Las expresiones de preocupación de la familia y los amigos son una forma de feedback, así como los resultados obtenidos en test objetivos. Una tarea motivacional importante del facilitador es la de proporcionar un feedback sobre la situación actual y sobre sus consecuencias o riesgos.
- ⊙ **Aclarando objetivos.** El feedback se debe comparar con algún otro patrón. Si la persona carece de un objetivo o patrón claro, el feedback quizá no sea útil, por lo que es importante que pueda ver el objetivo de una manera realista y alcanzable. Un elemento importante es lo que la persona detecta que es normal y aceptable. Los objetivos y el feedback trabajan conjuntamente para crear la motivación respecto al cambio.
- ⊙ **Ofreciendo ayuda activa.** La actitud de ayuda activa significa estar interesado de forma activa y afirmativa por el proceso de cambio del usuario. Aunque el cambio es algo que decide el usuario, el facilitador puede influir en gran manera sobre cómo tomar esta decisión. La iniciativa terapéutica y la expresión de su cuidado hacia el usuario son dos temas importantes. Algunos facilitadores son reticentes a tomar cierta clase de iniciativas porque les preocupa asumir la responsabilidad del cambio en el usuario. Provocar una iniciativa es mejor que la mera pasividad.

Estos son algunos ingredientes de la intervención motivacional, pero no una receta sobre cómo combinarlos. Saber qué ingredientes hay que utilizar es un buen comienzo, pero se debe saber cuándo y cómo combinar y amasar los ingredientes y dejar que suba la masa, y durante cuánto tiempo y a qué temperatura se debe cocer en el horno.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> Ibid., p. 25-33.

## DEPRESIÓN Y SUICIDIO

### EPIDEMIOLOGÍA

La depresión constituye un problema importante de salud pública. En los últimos años se ha asistido a un importante aumento de la prevalencia de la depresión a nivel mundial y, de forma paralela, a una disminución de su edad de comienzo. Es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y 21.4%. En el mundo, representa la 4ª causa de discapacidad en cuanto a la pérdida de años de vida saludables. En México ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. Este trastorno generalmente comienza en edades tempranas, reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas, es un padecimiento recurrente y tiene importantes costos económicos y sociales. Es por ello que la depresión se encuentra entre los primeros lugares de la lista de enfermedades discapacitantes y se ha convertido en un objetivo prioritario de atención en todo el mundo.<sup>36</sup>

El suicidio es una de las causas de muerte más frecuentes. Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2020 más de un millón y medio de personas morirán por suicidio, y entre 10 y 20 veces más personas llevarán a cabo una tentativa suicida. Esta cifra representa una muerte por suicidio en el mundo cada 20 segundos y una tentativa suicida cada 1-2 segundos. La tasa anual de suicidio en los pacientes depresivos es de 20 a 40 veces mayor que en la población general, refieren más antecedentes de tentativas suicidas que el resto de los grupos diagnósticos y una de cada dos personas que consuman el suicidio padece un trastorno depresivo.<sup>37</sup>

### DEPRESIÓN

Por depresión entendemos un síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos. Por definición, el concepto de depresión recoge la presencia de síntomas afectivos (esfera de los sentimientos o emociones), aunque, en mayor o menor grado, siempre están también presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, o incluso somático. Se podría hablar de una afeción global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.<sup>38</sup>

Para registrar la especificación de la depresión se realiza de la siguiente manera:

1. Los dos primeros dígitos son F3.
2. El tercer dígito es 2 (si hay un episodio depresivo mayor único) o 3 (si hay episodios depresivos mayores recidivantes).

---

<sup>36</sup> Berenzon. Op. cit., p. 74-75.

<sup>37</sup> Jiménez TL, Sáiz MPA, Bobes GJ. Suicidio y depresión. Humanidades Médicas. 2006; (9):4-9.

<sup>38</sup> Alberdi SJ, Taboada O, Castro DC, Vázquez VC. Depresión. Guías Clínicas. 2006; 6(11):1

3. El cuarto dígito indica lo siguiente: 0 para gravedad leve, 1 para gravedad moderada, 2 para los casos graves sin síntomas psicóticos, 3 para casos los graves con síntomas psicóticos, 4 para casos en remisión parcial o total, y 9 si no está especificado.<sup>39</sup>

TIPIFICACIÓN PARA EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	
CÓDIGO DIAGNÓSTICO	ESPECIFICACIÓN
F32.0	Episodio depresivo leve
F32.1	Episodio depresivo moderado
F32.2	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
F32.3	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
F32.8	Otros episodios depresivos
F32.9	Episodio depresivo, no especificado

FUENTE: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson. 2002

## SUICIDIO

Etimológicamente, la palabra suicidio proviene del latín *sui* (sí mismo) y *caedere* (matar). Según Durkheim, “se llama suicidio a toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producirse un resultado”. El suicidio es uno de los grandes enigmas del comportamiento humano. Atentar contra uno de los instintos básicos de todas las especies, la autoconservación, es un hecho que no deja indiferente a nadie. La psiquiatría clásica francesa considera el suicidio como síntoma de la enfermedad mental y los relacionan con las crisis por las circunstancias de la vida. Muchos autores consideran la depresión como el principal responsable de los suicidios consumados.

Se habla de *suicidio maniático* cuando éste es fruto de delirios o alucinaciones, situación en la que el suicida trata de sustraerse de amenazas delirantes o se somete al imperativo de las voces que escucha; *suicidio obsesivo* como consecuencia de la reiteración de una idea obsesiva; *suicidio impulsivo o automático* si resulta de una impulsión brusca e irresistible y; *suicidio melancólico*, en el que se destaca la estrecha relación entre depresión y suicidio, de manera que la postración depresiva debilitaría los vínculos del paciente con los objetos del entorno.<sup>40</sup>

<sup>39</sup> AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson. 2002.

<sup>40</sup> Jiménez. Op. cit., p. 4.

---

---

## FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo más frecuentes de la depresión grave son:

- ✗ Antecedentes familiares de depresión (especialmente si uno de los padres sufrió depresión en la infancia o en la adolescencia)
- ✗ Estrés intenso
- ✗ Maltrato o abandono
- ✗ Trauma (físico o emocional)
- ✗ Otros trastornos psiquiátricos
- ✗ Pérdida de los padres, o de la persona que los cuida o de otro ser querido
- ✗ Fumar cigarrillo
- ✗ Pérdida de una relación (una mudanza, el fin de una relación afectiva)
- ✗ Otras enfermedades crónicas
- ✗ Otros trastornos de la conducta, del aprendizaje o del desarrollo<sup>41</sup>

Los factores de riesgo para el suicidio son:

- ✗ Predisposición genética
- ✗ Factores sociodemográficos:
  - Sexo: las mujeres presentan mayores tasas de ideación suicida y de comportamientos suicidas, pero la mortalidad producida por estos actos es típicamente más baja para las mujeres que para los hombres.
  - Edad: las tasas de suicidio aumentan con la edad, sin embargo las tentativas suicidas son más frecuentes en edades más jóvenes.
  - Estado civil: el suicidio es más frecuente en personas divorciadas y viudas, y menos frecuente entre los casados con hijos
  - Marcadores socioeconómicos como el desempleo y la clase social.
  - Inmigración
  - Orientación sexual: homosexuales o bisexuales.
  - Religiosidad: los países predominantemente ateos son los que presentan tasas de suicidio más elevadas.<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> Posada VJA et al. Análisis Especial sobre Depresión e Indicadores de Suicidio. Grupos de investigación: Salud Mental y Observatorio de Salud Pública. Medellín 2010. P. 16.

<sup>42</sup> Jiménez. Op. cit., p. 6-8.

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS SEGÚN EL DSM IV - TR

<p><b>A.</b> Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer.</p> <p>Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.</li> <li>2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).</li> <li>3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.</li> <li>4. Insomnio o hipersomnias casi cada día.</li> <li>5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).</li> <li>6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.</li> <li>7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día.</li> <li>8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).</li> <li>9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.</li> </ol>
<p><b>B.</b> Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.</p>
<p><b>C.</b> Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p>
<p><b>D.</b> Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. Ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. Ej., hipotiroidismo).</p>
<p><b>E.</b> Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. Ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.</p>

Los síntomas centrales de un episodio depresivo mayor son los mismos para niños y adolescentes, aunque hay datos que sugieren que las manifestaciones de los síntomas característicos pueden cambiar con la edad. En los adolescentes los episodios depresivos mayores suelen ir asociados a trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la conducta alimentaria.

La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. El riesgo de suicidio es especialmente alto para las personas con síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias.

La depresión de aparición temprana suele persistir, volver a presentarse o continuar en la edad adulta. La depresión en la juventud puede ser también el indicio de una enfermedad más grave en la edad adulta.<sup>43</sup>

## **TRATAMIENTO**

El objetivo del tratamiento es la mejora del estado afectivo, del funcionamiento socio- laboral y de la calidad de vida global del paciente, disminuir la morbilidad y mortalidad, prevenir las recaídas de la depresión y minimizar en lo posible los efectos adversos del tratamiento.<sup>44</sup>

Existen básicamente 2 tipos de tratamientos:

### Psicoterapia.

La psicoterapia de la depresión incluye un diverso número de enfoques, que se diferencian en aspectos como su base teórica, tipo de actividades e implementación de éstas, duración y frecuencia del tratamiento o implicación de terceras personas en la terapia. Existe evidencia de eficacia de diferentes intervenciones psicoterapéuticas en la infancia y en la adolescencia, entre ellas:

- ✓ Terapia cognitivo- conductual
- ✓ Terapia interpersonal
- ✓ Terapia psicodinámica individual
- ✓ Terapia familiar
- ✓ Terapia multisistémica

---

<sup>43</sup> Posada. Op. cit., p. 14.

<sup>44</sup> Alberdi. Op. cit., p.3.

Tratamiento farmacológico.

La eficacia de los antidepresivos en el tratamiento de la depresión mayor en los adultos está bien documentada, pero en el caso del niño y adolescente existe controversia sobre cuál es la terapia más adecuada y dentro del tratamiento farmacológico, cuál es el antidepresivo más idóneo en relación tanto a su seguridad como a su eficacia.<sup>45</sup>

Los principales fármacos antidepresivos son:

GRUPO	FÁRMACO
<b>Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)</b>	⊕ Citalopram ⊕ Escitalopram ⊕ Fluoxetina ⊕ Paroxetina ⊕ Sertralina ⊕ Fluvoxamina
<b>Antidepresivos tricíclicos</b>	⊕ Amitriptilina ⊕ Clorimipramina ⊕ Imipramina
<b>Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO)</b>	⊕ Moclobemida ⊕ Tranilcipromina
<b>Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina</b>	⊕ Venlafaxina
<b>Activador noradrenérgico y serotoninérgico específico</b>	⊕ Mirtazapina
<b>Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina</b>	⊕ Reboxetina

FUENTE: Álvarez AM, Atienza MG, De las Heras LE, Fernández MR, Ferrer GDVE, Goicoechea CA, et al. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Ministerio de Sanidad y política social. España, 2009.

<sup>45</sup> Álvarez. Op. cit., p. 70.

## VI. METODOLOGÍA

### ESTUDIO DE CASO COMO ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN

El estudio de caso es un método de investigación de gran relevancia para el desarrollo de las ciencias humanas y sociales que implica un proceso de indagación caracterizado por el examen sistemático y en profundidad de casos de entidades sociales o entidades educativas únicas. Constituye un campo privilegiado para comprender en profundidad los fenómenos educativos, aunque también se ha utilizado desde un enfoque nomotético.

El estudio de caso no es una metodología con entidad propia sino que constituye una estrategia de diseño de la investigación que permite seleccionar el objeto/sujeto del estudio y el escenario real. Es un método de investigación cualitativa que se ha utilizado ampliamente para comprender en profundidad la realidad social y educativa. Llamamos “casos” a aquellas situaciones o entidades sociales únicas que merecen interés de investigación.

Barrio citando a Pérez Serrano en 1994, señala las siguientes características del estudio de caso:

- ✧ Es particularista: se caracteriza por un enfoque claramente ideográfico, orientado a comprender la realidad singular. El cometido real del estudio de caso es la particularización no la generalización. Esta característica le hace especialmente útil para descubrir y analizar situaciones únicas. En el ámbito educativo nos encontramos con la necesidad de analizar y profundizar en situaciones peculiares.
- ✧ Es descriptivo: como producto final de un estudio de caso se obtiene una rica descripción de tipo cualitativo. La descripción final implica siempre la consideración del contexto y las variables que definen la situación, estas características dotan al estudio de caso de la capacidad que ofrece para aplicar los resultados.
- ✧ Es heurístico: porque puede descubrirle nuevos significados, ampliar su experiencia o bien confirmar lo que ya sabe, es una estrategia encaminada a la toma de decisiones.
- ✧ Es inductivo: se basa en el razonamiento inductivo para generar hipótesis y descubrir relaciones y conceptos a partir del sistema minucioso donde tiene lugar el caso. Las observaciones detalladas permiten estudiar múltiples y variados aspectos, examinarlos en relación con los otros y al tiempo verlos dentro de sus ambientes.<sup>46</sup>

Es por sus características que se realiza esta investigación cualitativa con estrategia de diseño de estudio de caso, el cuál es de tipo prospectivo y longitudinal. A continuación se presenta la metodología seguida para el desarrollo del mismo.

---

<sup>46</sup> Barrio CI, González JJ, Padín ML, Peral SP, Sánchez MI, Tarín LE. El estudio de Casos. Métodos de Investigación Educativa. 3° Magisterio Educación Especial. Madrid. s.f.



## SELECCIÓN DEL CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN

La selección de la persona para la realización del presente estudio de caso se realizó durante la práctica comunitaria de la Especialización en Enfermería en Salud Mental el día 28 de Noviembre de 2014, en una Escuela Secundaria ubicada al sur – poniente de la Ciudad de México.

La detección del caso se realizó durante la impartición del taller psicoeducativo “Prevención de la Depresión y el Suicidio”, como parte de las actividades desarrolladas para favorecer la prevención selectiva de un grupo de alumnos detectado por las autoridades de la escuela, cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que la población en general. Durante el mismo, los asistentes al taller se registran en una lista para evidenciar la intervención, registrando además un comentario acerca del tema. Es en donde se detectó a “Luis” cuyo comentario en la lista a la letra decía: “quiero salir de la depresión” sic. pac. Al terminar el taller psicoeducativo se realizó el abordaje individual de “Luis” mediante la técnica de rapport con el objeto de crear un ambiente de confianza y favorecer la escucha activa; se procede a hacer la presentación de ambas partes y a explicar la finalidad del programa de formación de especialistas en enfermería en salud mental, enfatizando los aspectos de voluntariedad, confidencialidad, anonimato y libre albedrío de contestar o no las preguntas realizadas, ante lo que el usuario se mostró cooperador e interesado en el acompañamiento emocional propuesto durante el desarrollo del Proceso de Atención de Enfermería.

La elección de este caso para su estudio fue realizada básicamente por los siguientes aspectos:

1. Por interés académico, al detectar síntomas claros de depresión durante el primer contacto, ya que ésta constituye un problema de salud pública con aumento progresivo de su prevalencia dentro de los trastornos mentales.
2. La autorización, disponibilidad y apoyo por parte de las autoridades de la escuela para el abordaje individual de “Luis”, manteniendo estrecha comunicación verbal acerca del caso.
3. La apertura e interés del usuario para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.
4. La firma del consentimiento informado por parte del usuario y su madre, al ser menor de edad y al requerir de la cooperación familiar para determinar la planificación de los cuidados.

Se realizaron 4 valoraciones: una exhaustiva y tres focalizadas. La valoración exhaustiva fue realizada el día 02 de Diciembre de 2014 y es detallada en la etapa de valoración constituyendo el punto de partida para la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería; las valoraciones focalizadas fueron aplicadas durante el seguimiento del caso, posterior a la ejecución de las intervenciones especializadas planeadas para cada diagnóstico de enfermería, con fines de evaluación.

La valoración se realizó mediante una entrevista clínica exhaustiva semiestructurada y una entrevista motivacional, cuyos datos obtenidos se vacían en un instrumento organizado según el modelo de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, sugerido por la especialista en psiquiatría y salud mental Joana Fornés<sup>47</sup>, utilizando como herramientas de apoyo para la valoración el instrumento de apgar familiar, el Test HTP y el Genograma. Posteriormente se analiza la información recolectada, en donde la enfermera se vale de un proceso mental que le permite detectar los datos alterados y establecer la relación de los hechos; este proceso mental está influido por los conocimientos científicos y las experiencias previas en enfermería. Es en esta fase de análisis que se encuentra en “Luis” alteración principal en el patrón funcional 10 “Adaptación – Tolerancia al estrés”.

La principal fuente de información fue directa, a través del usuario; sin embargo, se obtuvieron algunos datos por medio de la fuente indirecta, en donde la madre del usuario y las autoridades de la escuela proporcionaron información complementaria. Cabe mencionar que la información obtenida se considera confiable y completa.

A continuación se procede a jerarquizar los patrones funcionales según el grado de alteración, así como a formular los diagnósticos de enfermería reales y potenciales con formato PES; además, se realiza una búsqueda exhaustiva en las bases de datos científicas con la finalidad de planear las intervenciones de enfermería basadas en evidencia y determinar los objetivos, para posteriormente ejecutarlas.

La ejecución de las intervenciones se realizó en las instalaciones de la escuela, en espacios físicos asignados por las autoridades y en espacios de tiempo que no interfirieran con las actividades académicas del usuario. Cabe mencionar que estas intervenciones se realizaron bajo la supervisión y apoyo de la tutora clínica asignada a este campo y/o las residentes de práctica especializada.

Al ser las etapas del PAE cíclicas y dinámicas, la evaluación de la respuesta humana ante las intervenciones ejecutadas se realizó mediante valoraciones focalizadas de los patrones funcionales alterados, analizando el grado del logro de los objetivos planteados.

Finalmente, se concluye la atención de enfermería especializada reforzando los aspectos del plan de alta que se fueron revisando a lo largo del desarrollo del PAE con el objetivo de garantizar la continuidad de los cuidados posterior al alta de enfermería.

Es importante mencionar que este Proceso de Atención de Enfermería tuvo una duración de 3 semanas y se realizó la referencia a una institución especializada al sur de la Ciudad de México para valoración por un paidopsiquiatra, favoreciendo el diagnóstico oportuno y tratamiento precoz.

---

<sup>47</sup> Fornés VJ. Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. Valoración y cuidados. 2ª ed. España: Editorial Médica Panamericana. 2011

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

La preocupación por los aspectos éticos que encierran las investigaciones centradas en la participación de seres humanos, remite a la revisión de los principios, criterios o requerimientos que una investigación debe satisfacer para que sea considerada ética.

Un principio es una base, un fundamento, una norma que rige el pensamiento o la conducta, que en Enfermería será necesario para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.<sup>48</sup>

El Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) ha establecido pautas desde 1982 para guiar la implementación de principios éticos que rijan la conducta de la investigación en seres humanos, según lo indica la Declaración de Helsinki, al ser aplicados en los países en desarrollo, teniendo en cuenta sus condiciones socioeconómicas y las leyes, regulaciones y disposiciones ejecutivas y administrativas.<sup>49</sup>

Durante el desarrollo de esta investigación se siguieron los siete requisitos éticos propuestos por el bioeticista Ezekiel Emanuel, por estar justificados por valores éticos y principios ampliamente reconocidos y aceptados; mismos que incluyen en cada uno los aspectos considerados por las pautas CIOMS en su última versión, en el año 2002:

- ① **Valor.** Se trata de emitir un juicio sobre la importancia social, científica o clínica de la investigación. La intervención debe conducir a mejoras de la salud, bienestar de la población o generar conocimiento acerca de la estructura o función de los sistemas biológicos humanos. Las razones para emitir este juicio confirman que los recursos son limitados, por lo que es necesario que exista un uso responsable de la investigación sin que suponga un gasto indebido para la sociedad; se debe evitar la explotación innecesaria de personas sujetos de investigación y no exponer a los seres humanos a riesgos y daños potenciales a menos que se esperen resultados valiosos de beneficio personal o social.
- ② **Validez científica.** Para que haya validez científica se debe vigilar que el estudio sea original y significativo científicamente; exista idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio; sea prácticamente realizable; pueda alcanzar conclusiones válidas con la menor exposición posible de los sujetos; posea diseño, objetivo y metodología científica válidos; se

---

<sup>48</sup> Bañuelos DN, Chávez RV, Toledo RVM, Ledesma VJA. Evaluación del acto médico. Comisión estatal de conciliación y arbitraje médico para el estado de Nayarit. 2005.

<sup>49</sup> Rodríguez YE. Comités de evaluación ética y científica para la investigación en seres humanos y las pautas CIOMS 2002. Rev Acta Bioethica. 2004;X(1):38.

garantice que los profesionales que realicen el estudio tengan suficiente competencia científica en cuanto a experiencia y entrenamiento en las técnicas que se usarán; y se valide que las condiciones del lugar donde se lleva a cabo la investigación sean adecuadas.

③ **Selección equitativa del sujeto.** La identificación y selección de potenciales sujetos debe ser equitativa en cuanto a la distribución de cargas y beneficios. Esto se justifica por el principio de la equidad distributiva: los beneficios y cargas de la vida social deben ser distribuidos equitativamente. Para ello se debe cuidar que:

- ⊕ Se seleccionen grupos específicos relacionados con la interrogante científica de la investigación. Evitar, si no es imprescindible, la elección de grupos vulnerables, a menos que sea necesario para la naturaleza de la investigación.
- ⊕ La selección de sujetos esté diseñada para reducir al mínimo los riesgos, a la vez que se maximicen los beneficios sociales y científicos de los resultados de la investigación.
- ⊕ Se justifique la exclusión de grupos o comunidades y la inclusión de grupos vulnerables. El uso de sujetos vulnerables queda debidamente fundado si se demuestra que el proyecto de investigación beneficia directamente a la población de posibles sujetos, hubo consulta comunitaria y fue aceptado, y se incluye a los menos vulnerables del grupo o población. En el caso de enfermos mentales, se obtiene el consentimiento en sus períodos lúcidos.

④ **Proporción favorable de riesgo – beneficio.** Desde el punto de vista ético, siempre es posible que los pacientes decidan según sus propios intereses y bienestar. Por los principios de beneficencia y no maleficencia, se debe establecer límites a la posibilidad de que los potenciales sujetos de investigación acepten riesgos desproporcionados. Se debe evaluar si:

- ⊕ Los riesgos potenciales a los sujetos se minimizan. Es preciso justificar los riesgos que no son evitables, puesto que se respeta la integridad física y emocional de los sujetos de investigación; en consecuencia, se debe cuidar que el riesgo no sea superior al mínimo.
- ⊕ Los beneficios potenciales a los sujetos individuales o a la sociedad se maximizan.
- ⊕ Los beneficios potenciales son proporcionales o exceden a los riesgos asumidos.
- ⊕ Hay medidas de protección de sujetos vulnerables, evitando la discriminación.
- ⊕ Se establecen criterios para que no se continúe con la investigación.

⑤ **Evaluación independiente.** Se deben considerar los siguientes aspectos:

- ⊕ Efectuar una evaluación independiente para evitar conflictos de intereses, ya que la responsabilidad es social.
- ⊕ Indicar fuentes de financiamiento y administración de recursos y, de este modo, clarificar posibles conflictos de intereses.
- ⊕ Garantizar que el estudio se encuentra dentro de los lineamientos legales.

- ⑥ **Consentimiento Informado.** El consentimiento informado se justifica por el principio de respeto a las personas y a sus decisiones autónomas. Los individuos sólo participarán cuando la investigación sea compatible con sus valores, intereses y preferencias, ya que la decisión debe ser libre. Es necesario informar sobre la finalidad, riesgos, beneficios y alternativas a la investigación, para que el sujeto tenga los suficientes elementos de juicio para tomar su decisión. Los investigadores tienen el deber de:
- ⊕ Obtener el consentimiento informado teniendo en cuenta factores culturales y de vulnerabilidad, evaluando la claridad y comprensibilidad para los sujetos.
  - ⊕ Comunicar al participante toda la información necesaria para que otorgue un consentimiento debidamente informado.
  - ⊕ Ofrecer al participante una oportunidad para plantear preguntas y estimularlo a que lo haga.
  - ⊕ Procurar el consentimiento sólo después de que el participante tenga un conocimiento suficiente de los hechos pertinentes y de las consecuencias de su participación.
  - ⊕ Como regla general, obtener de cada posible participante un formulario firmado como prueba de su consentimiento informado.
- ⑦ **Respeto por los sujetos inscritos.** Se justifica por múltiples principios, incluido el de beneficencia y el de respeto a la autonomía. Esta norma de respeto a los sujetos que participan en la investigación implica que:
- ⊕ Se asegure que el sujeto tendrá derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin perjuicio de que pueda seguir con tratamiento médico.
  - ⊕ Se garantice la protección de la confidencialidad y se justifiquen las posibles excepciones. Se busque, por ejemplo, omitir información que podría identificar a los sujetos.
  - ⊕ Se proporcione información sobre riesgos y beneficios.
  - ⊕ No se descuide el bienestar del sujeto, ya que pueden producirse reacciones adversas.<sup>50</sup>

Es importante mencionar que para resguardar la confidencialidad del usuario se le llama “Luis”. Al realizar el presente estudio de caso, de primera instancia se pidió la autorización a las autoridades de la escuela a la que asiste el usuario. Posteriormente se obtiene el consentimiento informado de forma verbal y por escrito de “Luis” y de su madre por ser menor de edad para participar en la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería, tomando en cuenta los requisitos previamente descritos (ver anexo 2).

Los siete requisitos éticos de la investigación clínica planteados por Ezekiel Emanuel, junto con el conocimiento de las normas éticas internacionales aplicables a estos métodos, son un magnífico instrumento para realizar investigación cualitativa de alta calidad ética en enfermería. En el siguiente apartado se realiza la presentación del caso a quien se aplicó el Proceso de Atención de Enfermería.

---

<sup>50</sup> Rodríguez. Op. cit., p. 40-46.

## VII. PRESENTACIÓN DEL CASO

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

#### I. Descripción del usuario

Se trata de “Luis” de 14 años de edad, un estudiante quien cursa el 3er grado de secundaria en una escuela pública ubicada al sur – poniente de la ciudad, es soltero, residente y originario del Distrito Federal. Es integrante de una familia nuclear compuesta por sus padres y dos hermanos. Su padre “Juan” de 37 años es empleado en una tienda de ropa de un centro comercial, mencionando “Luis” que presenta un diagnóstico médico de Trastorno Depresivo Mayor desde hace aproximadamente 5 años sin tratamiento actual por nula conciencia de enfermedad. Su madre “Rosa” de 38 años se dedica a cuidar personas adultas mayores en su domicilio por las mañanas y es aparentemente sana. Su hermano mayor de 19 años “Pedro” se encuentra estudiando el bachillerato en una escuela pública, no realiza ninguna actividad remunerada y es aparentemente sano. Su hermano menor de 4 años “José” queda al cuidado de su tía materna “Mary” durante la jornada laboral de su madre, posteriormente su hermano mayor lo lleva a casa. Refiere que mantiene un vínculo disgregado con sus padres y hermanos “porque me hartan” sic. pac., un vínculo moderado con su primo paterno de 8 años y un vínculo estrecho con su prima materna de 14 años, quien acude a la misma escuela. Comenta que no mantiene relación alguna con el resto de la familia tanto paterna como materna, pues “casi no los veo” sic. pac.

#### II. Padecimiento Actual

En el abordaje individual del usuario tras el comentario escrito “quiero salir de la depresión” en la lista de asistencia de un taller psicoeducativo, “Luis” refiere un diagnóstico de depresión, la cual desea tratar para “cambiar mi vida”, comenta que actualmente presenta disminución del apetito, sentimientos de tristeza, anhedonia, aislamiento social, irritabilidad, ansiedad severa, alucinaciones complejas auditivas y visuales e ideas de muerte intermitentes con plan estructurado. Menciona que la aparición de esta sintomatología ha sido progresiva y que ha presentado 2 intentos suicidas, lo cual se especifica a continuación.

#### III. Historial de Padecimiento

Inicia su padecimiento a los 11 años de edad sin identificar un factor desencadenante al presentar sintomatología de intensidad leve y de forma intermitente como disminución del apetito, alteración en el patrón del sueño al presentar insomnio, sentimientos de tristeza, anhedonia,

aislamiento social, irritabilidad y pensamientos de muerte sin plan estructurado. Refiere que informó a su madre de la sintomatología, sin embargo ella pensaba que era una forma de manipulación. La intensidad de los síntomas se encontraba en aumento, hasta que en Diciembre de 2013 presenta un intento suicida por ahorcamiento en su habitación en un contexto de impulsividad, posterior a un regaño y discusión con su madre, misma que lo encuentra en su habitación durante el acto y lo descuelga, sin presentar complicaciones. En Febrero de 2014 acude a valoración psicológica en compañía de su madre a consultorio privado, en donde se diagnostica con Trastorno Depresivo e inicia tratamiento psicoterapéutico y farmacológico con medicamento antidepresivo no especificado, con baja adherencia al tratamiento por pobre conciencia de enfermedad. Refiere que en Mayo del 2015 presenta su segundo intento suicida ingiriendo todas las tabletas de la caja del antidepresivo (aproximadamente 20) con la finalidad de poder dormir mejor, sin conocimiento de sus padres, presentando somnolencia excesiva durante 3 días, por lo que al ya no tener medicamento disponible y al creer la madre que la somnolencia había sido un efecto secundario del mismo, abandona el tratamiento con el consentimiento de su madre. Actualmente acude a psicoterapia de forma intermitente. Refiere inicio de alucinaciones auditivas “voces de un hombre que me llama y me dice que me mate” y visuales “sombras” sic. pac., última vez el 20 de Noviembre. También presenta ansiedad severa con descargas adrenérgicas caracterizadas por hiperhidrosis palmar y estereotipias en miembros inferiores, realizando conductas como morderse las uñas. Se observan cicatrices en ambos antebrazos secundarias a lesiones autoinfligidas realizadas con una navaja, refiriendo hacerlas con la finalidad de disminuir la ansiedad y la tristeza. Asimismo se han exacerbado los síntomas como el aislamiento social, disminución de la atención y concentración, trastorno de la alimentación y alteración en el patrón del sueño, afectando directamente el rendimiento escolar.

Por otro lado, “Luis” refiere presentar importante debilidad muscular, mareo, visión azul, náuseas y diaforesis llegando a presentar una caída al cambio de presión ortostática, con una frecuencia de 3 veces por semana. Comenta que se le diagnosticó un soplo en el corazón en un Hospital General desde hace 5 años, estando en tratamiento no especificado durante 1 año. No conoce su diagnóstico médico. Actualmente se encuentra sin tratamiento.

#### **IV. Impacto del Padecimiento**

“Luis” menciona que en su familia a pesar de que no se le ha dado la importancia que tiene a su padecimiento, ha impactado mucho en la forma de relacionarse con ellos, a tal grado que mantiene un vínculo disgregado con cada integrante. Refiere que pasa mucho tiempo aislado en su habitación motivo por el cual ya no lo toman en cuenta para la realización de las pocas actividades familiares que aún llevan a cabo.

En cuanto a su grupo de pares, comenta tener 3 amigos en la escuela, con quienes convive sólo en el descanso por encontrarse en diferentes grupos desde hace 2 años. Refiere “soy muy aislado y antisocial porque alguna gente me harta muy rápido, no la soporto por mucho tiempo, antes no era así, hasta tenía novia y ahora ya no me interesa” sic. pac.

Sin embargo, a pesar del impacto negativo que su padecimiento ha tenido en las diferentes esferas de su vida, comenta también haber aspectos positivos como el aprender a conocerse a sí mismo y el encontrar personas que de verdad se interesan por él.

## **V. Recursos de afrontamiento**

Menciona que para disminuir la ansiedad y la tristeza realiza cortes superficiales con una navaja en ambos brazos, lo que le permite sentir que tiene el control sobre esas emociones negativas. En el último mes ha disminuido estas compulsiones debido a que acude a clases de hip hop por dos horas en la tarde en un parque al sur de la ciudad. Comenta que estas dos estrategias le han sido funcionales pero que sabe que el cortarse los brazos no es sano.

En la escuela, cuando se siente aburrido o estresado se dirige al área de las canchas con su profesor de educación física, mintiéndole que no tiene clase y le presta un balón para jugar basquetbol, futbol o voleibol. Cuando se siente muy triste acude con la directora de la escuela, quien le ha brindado una escucha activa y apoyo emocional.

Refiere que la psicoterapia no le ha sido de gran ayuda, “siento que la psicóloga no me entiende y no me siento cómodo”, por lo que va a algunas citas, cuando su madre tiene tiempo de acompañarlo. No ha buscado ayuda en un hospital de tercer nivel por falta de información.

## **VI. Apoyo social**

“Luis” considera que el apoyo familiar que ha tenido no ha sido el mejor para él, ya su madre cree que la sintomatología que presenta y los intentos suicidas han sido “para llamar la atención”; además mantiene un vínculo tan disgregado con cada integrante de la familia que “muchas veces ni se enteran de lo que me pasa”. Menciona que si su madre le creyera sería más fácil para él y le pediría que buscaran atención de un profesional de salud. Los principales apoyos sociales han sido sus 3 amigos “porque con ellos me distraigo”, la directora de la escuela “porque me escucha, me da consejos y me hace sentir que valgo”, el realizar deporte “porque se me olvida la tristeza”, las clases de hip hop “porque me hace sentir mejor y cuido mi cuerpo” y mi prima “porque me regreso con ella de la escuela y platicamos” sic. pac.



Esta información es validada al citar las autoridades de la escuela en varias ocasiones a la madre de "Luis", acudiendo sólo a dos veces, refiriendo que no tiene tiempo. En la primera se pide el consentimiento informado para aplicar el PAE a "Luis" observándose interesada, sin embargo repite que lo que hace su hijo "es solo para llamar la atención", sin proporcionar más información por que debía regresar al trabajo. La segunda ocasión acude cuando se le cita para participar en una intervención de sensibilización dirigida a los padres de familia de los alumnos detectados con necesidad de atención especializada en salud mental.

## **VII. Necesidades de atención**

La principal necesidad de atención que comenta es la de un especialista "que me ayude a salir de la depresión, ya que lo he intentado hacer solo pero no he podido" sic. pac.

Ante esta primera valoración y dada la relevancia del caso por el riesgo que el usuario "Luis" presenta, se considera de vital importancia dar a conocer el caso a las autoridades de la Escuela Secundaria a la que acude, decidiendo en conjunto realizar la referencia al Hospital Psiquiátrico Infantil para valoración por una paidopsiquiatra, con la finalidad de obtener un diagnóstico oportuno y tratamiento precoz.

## **ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA**

### **Antecedentes No Patológicos:**

Vive en casa propia en donde habitan 5 personas (padres y 2 hermanos), paredes y piso de cemento, techo de loza, puertas de madera y metal, con 2 habitaciones, cuenta con todos los servicios (agua potable, luz, drenaje y teléfono), niega la convivencia con animales, niega contacto con humo de leña, tabaquismo desde los 13 años a razón de 1 cigarrillo por mes, alcoholismo social de inicio a los 10 años sin llegar a la embriaguez "solo probaditas" sic. pac, niega toxicomanías y viajes, esquema de vacunación completo, baño y cambio de ropa diario, lavado dental 2 veces por día, COOMBE negativo.

### **Antecedentes Patológicos:**

Alergias negadas, cirugías negadas, transfusiones negadas, enfermedades crónicas negadas.

### **Antecedentes Heredofamiliares:**

Abuela paterna viva con Cáncer de Riñón, abuelo paterno vivo con antecedente de Infarto Agudo al Miocardio, Padre vivo diagnosticado con Trastorno Depresivo Mayor.

## VIII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

### VALORACIÓN EXHAUSTIVA

#### INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA BASADO EN EL MODELO DE 11 PATRONES FUNCIONALES PROPUESTO POR MARJORY GORDON

##### FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre:	“Luis”
Edad:	14 años
Fecha de Nacimiento:	24 de marzo de 2000
Estado Civil:	Soltero
Ocupación:	Estudiante
Escolaridad:	3° secundaria
Lugar de origen y residencia:	México, D.F.
Domicilio actual:	Confidencial
Teléfono:	Confidencial
Idiomas / Lenguas:	Español
Diagnóstico Médico:	Pb. Trastorno Depresivo Mayor
Responsable legal:	M.P.T.R. (madre)
Fecha de la entrevista:	02 de Diciembre de 2014

Motivo de ingreso o solicitud de consultoría: Se detecta al usuario “Luis” durante la impartición de un Taller Psicoeducativo en la Escuela Secundaria a la que acude, al realizar el comentario por escrito “quiero salir de la depresión” sic. pac., por lo que se aborda de forma individual detectando la necesidad de atención especializada en materia de salud mental.

Situación laboral y/o escolar actual: No cuenta con trabajo remunerado. Se encuentra estudiando el 3er grado de secundaria. Cursó la primaria en 6 años con promedio de 8. Refiere bajo rendimiento escolar en los últimos 3 años con un promedio de 6, reprobando 2 asignaturas, atribuyéndolo a la disminución de la atención y concentración, “me distraigo mucho” sic. pac, además de no entregar tareas realizadas en casa “por miedo a que se burlen mis compañeros si está mal hecha” sic. pac.

**VALORACIÓN GENERAL**

Signos Vitales: Temperatura: 36.5°C Frecuencia Cardíaca: 64 lpm

Frecuencia Respiratoria: 18 rpm Tensión Arterial: 110/70 mmHg

Piel y mucosas: Adecuada coloración e hidratación mucotegumetaria

Lesiones: Cicatrices en ambos brazos secundarias a lesiones autoinfligidas realizadas con navaja. Refiere realizar las autolesiones con la finalidad de disminuir la ansiedad y los sentimientos de tristeza, "para desahogarme" sic. pac. Última lesión autoinfligida realizada hace dos meses.

Alteración de los sentidos: Vista: X Oído:        Tacto:        Gusto:        Olfato:       

Prótesis: Si:        No:        Especificar tipo y ubicación:       

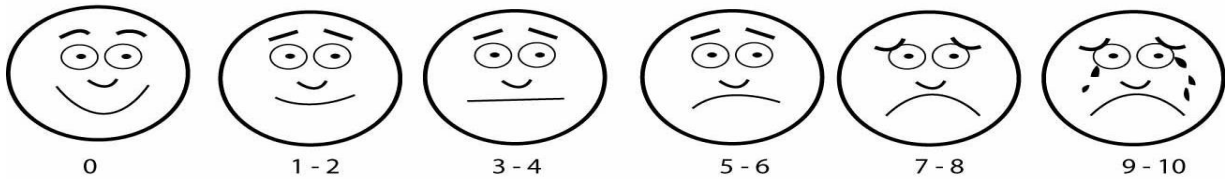
Funcionamiento motor: Bueno:        Limitado:        Especificar:       

Actitud durante la entrevista: Colaborador: X No Colaborador:       

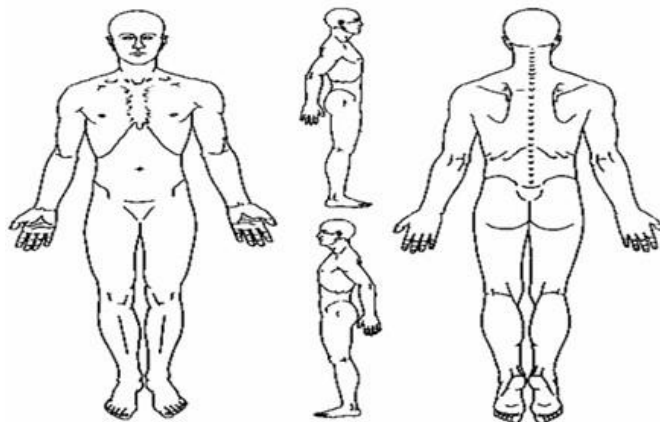
Tratamiento médico: Si:        No: X Especificar: Refiere haber estado bajo tratamiento farmacológico no especificado durante 3 meses (de febrero a mayo de 2014) con baja adherencia y finalmente abandono del mismo.

Presencia de dolor: No: X Si:        Especificar:       

NADA	LEVE	MODERADO	FUERTE	MUY FUERTE	INSOPORTABLE
------	------	----------	--------	------------	--------------



Localización física del dolor (marque con tinta roja la localización)



**PATRÓN FUNCIONAL 1. PERCEPCIÓN- MANEJO DE LA SALUD**

Aspecto general (vestido / arreglo personal):

Adecuado:  X  Descuidado: \_\_\_\_\_ Extravagante: \_\_\_\_\_ Exagerado: \_\_\_\_\_

Meticuloso: \_\_\_\_\_ Otro (especificar): \_\_\_\_\_

Actitud y comportamiento frente a su enfermedad:

Aceptación:  X  Rechazo: \_\_\_\_\_ Indiferencia: \_\_\_\_\_ Sobrevaloración: \_\_\_\_\_

Reivindicativa: \_\_\_\_\_ Otras: \_\_\_\_\_ Parcial conciencia de enfermedad \_\_\_\_\_

Comportamientos realizados al respecto (describir):  Refiere buscar estrategias para mejorar su estado de salud como realizar actividad física en clases de hip hop 2 horas por las tardes.

Recomendaciones terapéuticas:  Ninguna  Seguimiento correcto a su enfermedad:  No

Seguimiento incorrecto (describalo):  Abandono de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico

Hábitos y/o conductas adictivas:

Consumo	Sustancia	Especificar	Edad de inicio	Frecuencia Dosis	Actualmente
Si	Tabaco (cigarros, pipa, cigarrillos cubanos, tabaco de mascar)	Cigarros	13 años	1 cigarro por mes	X
Si	Bebidas alcohólicas (cervezas, vinos, licores, destilados)	Cerveza	10 años	reuniones	X
No	Cafeína				
No	Cannabis (marihuana, corto, hierba, hachís)				
No	Cocaína (coca, farlopa, crack, base)				
No	Anfetaminas (speed, éxtasis, píldoras, adelgazantes)				
No	Inhalantes (colas, gasolina, nafta, pegamentos)				
No	Tranquilizantes (diazepam, clonazepam, alprazolam, lorazepam)				
No	Alucinógenos (LSD, ácidos, ketamina)				
No	Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina, petidina)				
No	Otras				

Solvencia económica:  Refiere que sus padres tienen la solvencia económica para cubrir las necesidades básicas de la familia. Compra cigarros y cervezas con el dinero que le da su padre semanalmente para sus gastos escolares.

**PATRÓN FUNCIONAL 2. NUTRICIÓN - METABOLISMO**

Peso: 51 kg Talla: 159 cm Constitución: Delgada IMC: 20.17

Apetito: Normal: \_\_\_\_\_ Aumentado: \_\_\_\_\_ Disminuido: X

Consumo diario habitual: Refiere realizar de 1 a 2 comidas / día, ya que "siempre estoy lleno" sic. pac.  
 Ingesta de líquidos: Solo ingiere refresco (coca cola) 1.5 litros por día. Ingesta nula de agua.

Náuseas / vómito (espontaneo o provocado): No: \_\_\_\_\_ Si: X Especificar: náuseas

Preferencias alimentarias: Sopas y albóndigas

Restricción / evitación (motivos): Pollo y carne "no me gusta", Chocolate "me sale acné" sic. pac.

¿Come entre comidas? No: \_\_\_\_\_ Si: X ¿Come cuándo está nervioso? No: \_\_\_\_\_ Si: X

Especificar que consume: fruta, sándwich y sincronizadas

Conocimientos sobre alimentos y dieta equilibrada: Suficientes: \_\_\_\_\_ Insuficientes: X

¿Se siente bien con su peso? Si: X No: \_\_\_\_\_ Especificar: \_\_\_\_\_

Otras alteraciones o datos de interés: Comenta haber tenido sobrepeso durante su infancia, por lo que inició con ejercicio constante y una alimentación sana. Refiere diagnóstico de principios de anorexia sin especificar.

**PATRÓN FUNCIONAL 3. ELIMINACIÓN**

Eliminación intestinal:

Frecuencia: 3 veces por semana Características: Normales Malestar: Ninguno

Control: No Motivos del control: \_\_\_\_\_ Uso de laxantes: No

Patrón habitual personal: Refiere como patrón habitual 3 evacuaciones por semana, sin problemas al evacuar, heces café y semipastosas.

Eliminación vesical:

Frecuencia: 5 veces por día Características: Normales Malestar: Ninguno

Control: No Motivos del control: \_\_\_\_\_ Uso de diuréticos: No

Patrón habitual personal: Depende de la cantidad de líquidos ingeridos al día, patrón habitual de 3 a 5 veces por día, color ámbar.

Eliminación cutánea:

Normal: X Profusa: \_\_\_\_\_ Escasa: \_\_\_\_\_ Problemas con el mal olor: Si: \_\_\_\_\_ No: X

Percepción personal de la eliminación:

Intestinal: Buena Vesical: Buena Cutánea: Buena

Posibles motivos de percepción de disfunción: \_\_\_\_\_

Factores que alteran la eliminación: Baja ingesta de gua, alta ingesta de refresco.

**PATRÓN FUNCIONAL 4. ACTIVIDAD – EJERCICIO**

Expresión facial:

Tensa: X Relajada: \_\_\_\_\_ Alegre: \_\_\_\_\_ Triste: \_\_\_\_\_ Enfadada: \_\_\_\_\_

Dirección de la mirada: A los ojos del entrevistador Otros: \_\_\_\_\_

Características del habla: Volumen y velocidad adecuadas

Ver expresión del lenguaje de patrón cognitivo y especificar características: Sin alteraciones

Comportamiento motor:

Adecuación contexto: \_\_\_\_\_ Inhibición: \_\_\_\_\_ Agitación / inquietud: X Temblores: \_\_\_\_\_

Rigidez: \_\_\_\_\_ Estereotipas: X Tics: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Reacciones extrapiramidales (especificar): No

Regularidad del comportamiento motor:

Frecuencia: A la interacción social Intensidad: Severa Duración: 30 minutos aprox

Condiciones que lo aumentan o reducen: Ansiedad

Características del comportamiento motor:

Controlable: \_\_\_\_\_ Limitante: X Incapacitante: \_\_\_\_\_

Opinión / emoción respecto al comportamiento motor:

Indiferente: \_\_\_\_\_ Aceptado: X Preocupado: \_\_\_\_\_

Deseos o participación en actividades de consumo de energía (especificar): \_\_\_\_\_

Clases de hip hop por la tarde con 1 hora de calentamiento y 1 hora de baile.

Factores que intervienen en este patrón (especificar): El deseo de mantener su peso, la ansiedad y la interacción social.

Tipo de ayuda requerida: Orientación y Educación para la salud, referencia a institución de tercer nivel de atención.

Habilidades manifestadas en las actividades descritas (nula, baja, alta): Baja

Cambio notable de habilidades o funciones (físicas, intelectuales, socioculturales): \_\_\_\_\_

Otras alteraciones o cambios de interés: \_\_\_\_\_

**PATRÓN FUNCIONAL 5. DESCANSO - SUEÑO**

Horas de sueño nocturno: 5 Otros descansos: Dormita en clases de 10 a 20 minutos  
 Problemas de sueño (al inicio, interrumpido, al despertar temprano, somnolencia excesiva, pesadillas, otros: insomnio inicial y somnolencia diurna

Antecedentes de alteraciones de sueño: Inicia alteración con sintomatología depresiva

Factores que alteran el patrón del sueño: No los detecta

Que hace para favorecerlo: Escuchar música

Percepción personal del patrón:

Adecuado: X Excesivo:          Disminuido:         

Otras alteraciones o datos de interés:         

**PATRÓN FUNCIONAL 6. COGNITIVO - PERCEPTUAL**

Nivel de conciencia y actitud respecto al entorno:

Hipervigilia:          Confusión:          Desrealización:         

Somnoliento:          Solo sigue instrucciones:         

No responde a estímulos externos:         

Otros (especificar): Consciente, alerta, orientado y cooperador

Atención – orientación (espacio, tiempo, persona)

Atención fluctuante: X Distractibilidad: X

Orientación, reconoce:

Lugar en donde se encuentra: X Domicilio: X Ciudad / País: X

Día / mes: X Año: X Estación del año: X

Nombre completo: X Edad y fecha de nacimiento: X

Profesión: X Personas significativas: X

Grado de relación: X

Alteraciones perceptivas (especificar):

Auditivas: X Visuales: X Táctiles:          Olfativas:          Gustativas:         

Ilusiones:          Otros (especificar):         

Localización de la percepción:

Interna:          Externa: X

Alteración de la memoria e inteligencia:

Memoria inmediata reciente:       X       Memoria remota:       X      

Descripción de la posible alteración:       Disminución de la atención      

Retrasos intelectuales:       No impresiona      

Tipo de ayuda requerida: \_\_\_\_\_

Organización de pensamiento – lenguaje:

Contenido:

Coherente y organizado: Si:       X       No: \_\_\_\_\_ Delirante: Si: \_\_\_\_\_ No:       X      

Descripción de la alteración (especificar): \_\_\_\_\_

Comportamiento adoptado frente al tema (ritualismo, defensivo, violento, etc.): \_\_\_\_\_

Otras ideas o pensamientos recurrentes molestos:       No      

Posible relación de los pensamientos anteriores: \_\_\_\_\_

Curso:       Lineal       Inhibición:       No       Aceleración:       No      

Perseverancia:       No       Disgregación:       No       Incoherencia:       No      

Otros (especificar): \_\_\_\_\_

Expresión de lenguaje:

Velocidad:       Normal       Cantidad:       Normal       Volumen:       Normal      

Tono y modulación:       Nervioso      

Otras alteraciones (tartamudez, logoclonia, verbigeración, ecolalia, mutismo, etc.): \_\_\_\_\_

Otras alteraciones o datos de interés: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PATRÓN FUNCIONAL 7. AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO**

Reactividad emocional:

Adecuada al contexto:       X       Pobreza de sentimientos: \_\_\_\_\_ Expansión afectiva: \_\_\_\_\_

Tonalidad afectiva: Agradable:       X       Desagradable: \_\_\_\_\_

Posibles síntomas afectivos de interés (especificar):

Presenta sentimientos de tristeza, hipotimia, anhedonia, aislamiento social, alteración de la alimentación, alteración en el patrón del sueño, irritabilidad, fantasías de muerte, intento suicida hace 1 año por ahorcamiento, su madre lo descolgó inmediatamente, sin complicaciones.

Percepción de la imagen corporal:       Refiere sin alteraciones      

Ajustada a la realidad: \_\_\_\_\_ Confusa: \_\_\_\_\_ Equivocada: \_\_\_\_\_



Actitud frente a su cuerpo:

Aceptación:  X  Rechazo: \_\_\_\_\_ Indiferencia: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Descripción de sí mismo:  "Inteligente, flojo, amable, antisocial"

Ajustada a la realidad:  X  Sobrevaloración de capacidades y logros personales:  No

Exageración de errores y desgracias/ infravaloración a éxitos:  No

Otros (especificar): \_\_\_\_\_

Autoevaluación general y competencia personal:  Aspectos positivos y negativos

Sentimientos con respecto a la autoevaluación personal:

Tristeza:  X  Inferioridad: \_\_\_\_\_ Culpabilidad:  X  Inutilidad: \_\_\_\_\_

Impotencia: \_\_\_\_\_ Euforia: \_\_\_\_\_ Ansiedad: \_\_\_\_\_ Rabia: \_\_\_\_\_

Superioridad: \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

Ideas de suicidio (describir plan si existe):  Ideas de muerte el 01 de Diciembre posterior a una discusión con su padre, "pensé en matarme y quería cortarme, por eso mejor me metía a bañar, para dejar de pensar en eso" sic. pac.

Comportamientos adoptados para afrontar/ compensar los sentimientos:  Aislamiento social

Percepción de exigencias o presiones:

Origen (personas, ideas, sensaciones):  personas  Ámbito (lugar):  escuela

Percepción sobre su estado de salud:  Sé que emocionalmente estoy mal

Otras alteraciones o datos de interés:  Refiere deseos de cambiar, "que no me harte la gente tan rápido"

### PATRÓN FUNCIONAL 8. ROL - RELACIONES

Nivel de independencia de la persona:

Física: Total: \_\_\_\_\_ Parcial: \_\_\_\_\_ Motivo de la ayuda requerida: \_\_\_\_\_

Económica: Total:  X  Parcial: \_\_\_\_\_ Motivo de la ayuda requerida:  Menor de edad, hijo de familia

Psicosocial: Total: \_\_\_\_\_ Parcial: \_\_\_\_\_ Motivo de la ayuda requerida: \_\_\_\_\_

¿Con quién vive?  Con sus padres y hermanos

¿Depende alguien de usted en algún aspecto?  No

¿Pertenece a algún grupo social?  No

¿Tiene amigos cercanos?  Tiene 3 amigos en la escuela con quienes solo convive en el descanso, ya que se encuentran en diferentes grupos. Refiere ser muy aislado y "antisocial" sic. pac.

Personas que le generan sentimientos positivos o significativos:  Madre, padre y hermanos

Responsabilidades dentro del núcleo familiar:  "Estudiar y recoger mi cuarto"

Percepción sobre las responsabilidades:  Que está bien

Sentimientos respecto a las relaciones familiares:

Ansiedad: \_\_\_\_\_ Miedo: \_\_\_\_\_ Culpa: \_\_\_\_\_ Tristeza: \_\_\_\_\_ Inutilidad: \_\_\_\_\_ Rabia: \_\_\_\_\_

Superioridad: \_\_\_\_\_ Seguridad:  X  Otros: \_\_\_\_\_

**PATRÓN FUNCIONAL 9. SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN**

Menarca: NA IVSA: NA Número de parejas sexuales: 0  
 Exhibicionismo: No Libido aumentada: No Vasectomía: No  
 Fecha de último Papanicolaou: NA  
 FUM: NA G: NA P: NA A: NA C: NA

Tipo de método anticonceptivo utilizado:

Preservativo: \_\_\_\_\_ Parche: \_\_\_\_\_ Pastillas: \_\_\_\_\_ DIU: \_\_\_\_\_ Implante: \_\_\_\_\_  
 Inyección: \_\_\_\_\_ OTB: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_  
 Sentimientos hacia la maternidad: \_\_\_\_\_  
 Sentimientos hacia el embarazo: \_\_\_\_\_

**PATRÓN FUNCIONAL 10. ADAPTACIÓN – TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Ante una situación de estrés responde con:

Conducta evitativa: \_\_\_\_\_ Ansiedad: X Inquietud: X Tensión muscular: \_\_\_\_\_  
 Postura rígida: \_\_\_\_\_ Hiperhidrosis palmar: X Boca seca: \_\_\_\_\_  
 Negación del problema: X Poca tolerancia a la frustración: X Autocompasión: \_\_\_\_\_

Grado de incapacitación (de acuerdo a la respuesta):

Personal: Grave: X Medio: \_\_\_\_\_ Leve: \_\_\_\_\_  
 Familiar: Grave: X Medio: \_\_\_\_\_ Leve: \_\_\_\_\_  
 Laboral: Grave: \_\_\_\_\_ Medio: \_\_\_\_\_ Leve: \_\_\_\_\_  
 Social: Grave: X Medio: \_\_\_\_\_ Leve: \_\_\_\_\_

Respuesta ante su enfermedad: Busca ayuda

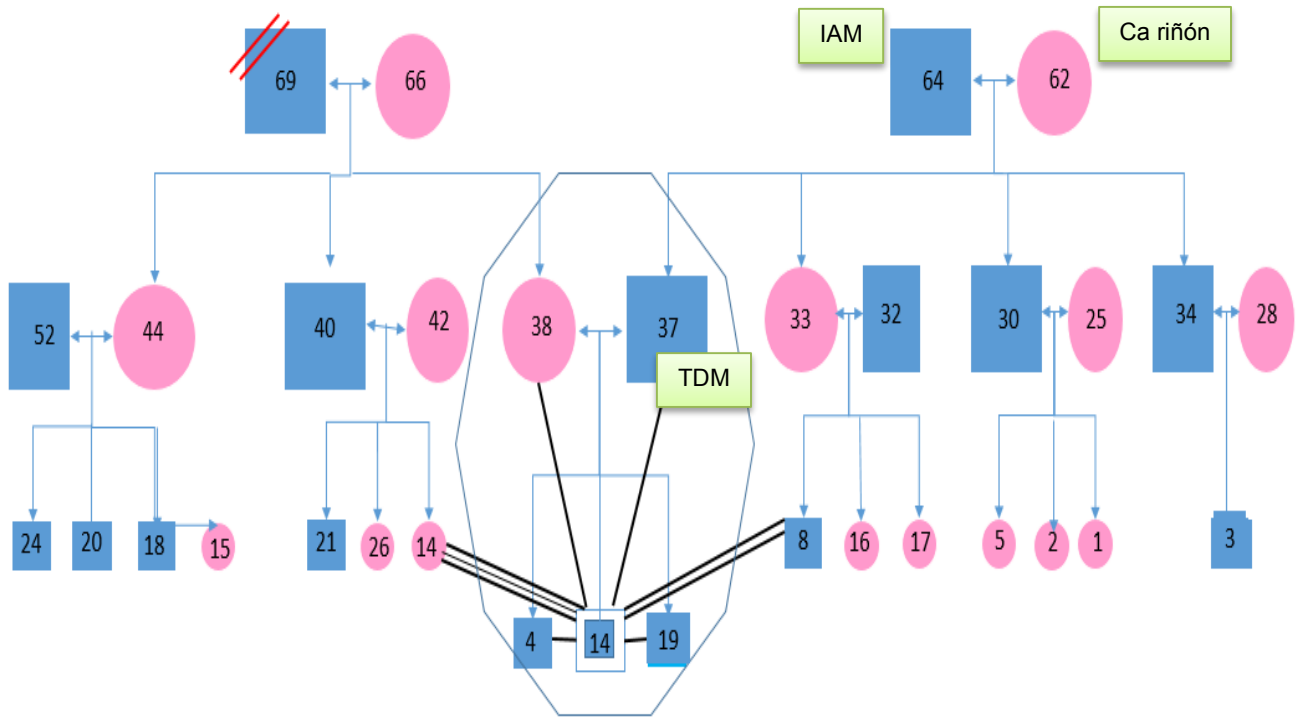
**PATRÓN FUNCIONAL 11. VALORES - CREENCIAS**

Valores o creencias importantes de la historia personal: “Creo en Dios”  
 Antecedentes de prácticas o cultos religiosos: Ninguno  
 ¿El usuario presenta actitud religiosa? (describa): No

¿El usuario comenta o presenta mitos o creencias en relación a su enfermedad? No

¿La familia presenta mitos o creencias en relación a su enfermedad? No

**GENOGRAMA**



// FINADO   
   HOMBRE   
   MUJER   
 ||| VÍNCULO ESTRECHO   
 || VÍNCULO MODERADO   
 | VÍNCULO DISGREGADO  
  ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES   
  PROTAGONISTA   
 ↔ VÍNCULO  
TDM TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR   
IAM INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO   
Ca riñón CÁNCER DE RIÑÓN

**CUESTIONARIO DE APGAR FAMILIAR**

	<b>CASI SIEMPRE</b>	<b>ALGUNAS VECES</b>	<b>CASI NUNCA</b>
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.			X
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.			X
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.		X	
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.			X
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.		X	

El apgar familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global.

El usuario anota una de las tres posibilidades, puntuándose de la siguiente manera:

Casi siempre (2 puntos), Algunas veces (1 punto), Casi nunca (0 puntos)

Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional y una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción.

**RESULTADOS:**

**Puntuación= 2      Familia con grave disfunción**

## TEST HTP



El test HTP es un test proyectivo basado en la técnica gráfica del dibujo, a través del cual podemos realizar una evaluación global de la personalidad del usuario.

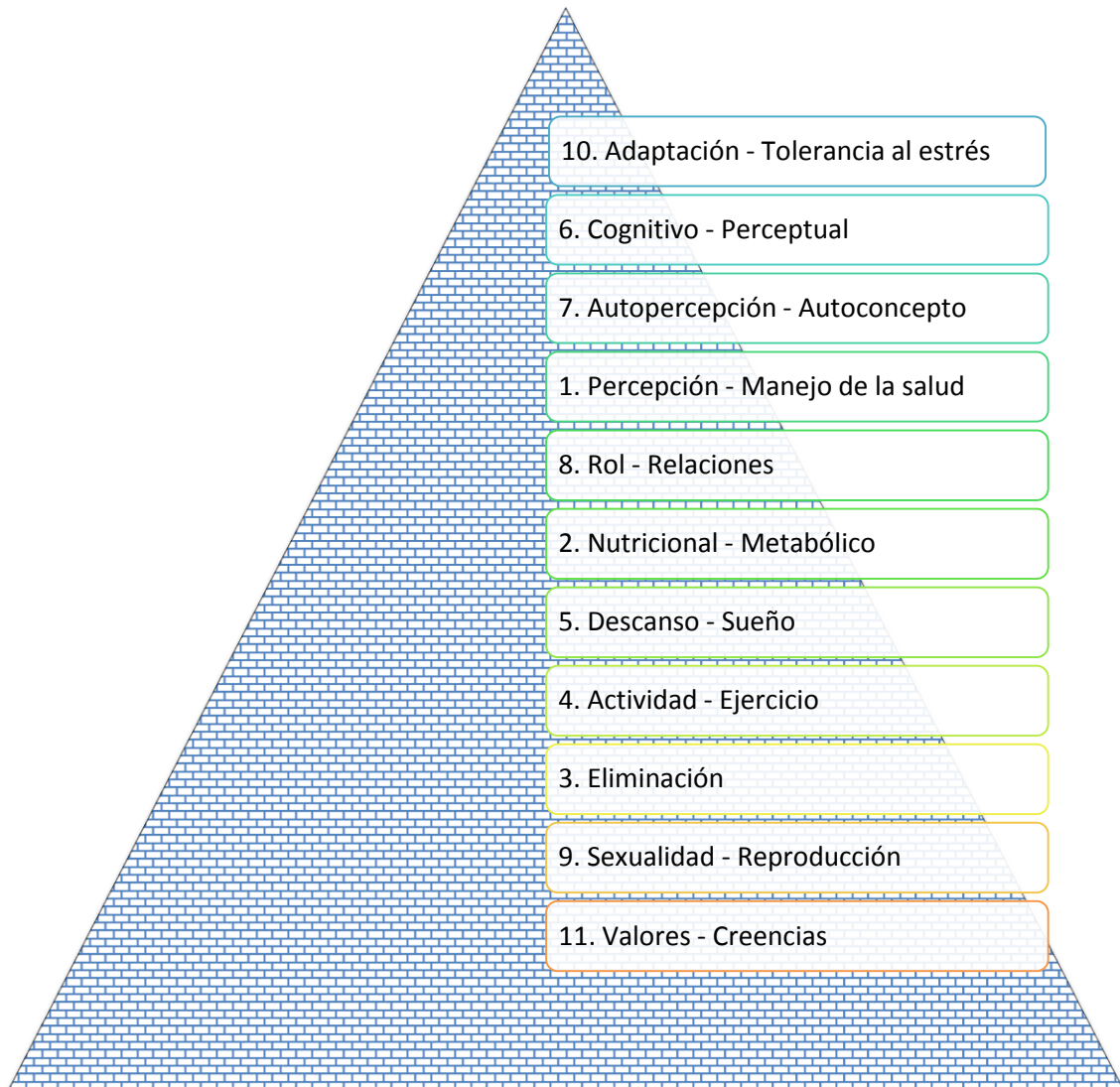
La presente esquela fue realizada el día 02 de Diciembre de 2014 por "Luis", con la previa indicación de realizar a lápiz en una hoja de papel tamaño carta una casa, un árbol y a su familia. Esta esquela fue interpretada con base en el Manual "Comprender los dibujos de mi hijo" de Brigitte Langevin<sup>51</sup> y con el apoyo de la tutora de campo clínico, la EESM. Wendy Angélica Goñy González. Dentro de los detalles analizados fueron:

<sup>51</sup> Langevin B. Comprender los dibujos de mi hijo. Argentina: Obelisco. 2014.

- ✧ El dibujo se sitúa en el centro de la hoja en las dimensiones de altura y anchura, representando el "aquí y ahora".
- ✧ Según lo verbalizado por "Luis", las personas que encuentran de izquierda a derecha son: su madre, su padre, su hermano mayor, su hermano menor y él.
- ✧ El orden en que dibujó a los integrantes de su familia fue: su hermano menor, su hermano mayor, su padre, su madre y él, impresionando que es el orden de importancia emocional.
- ✧ La altura de su figura es, por mucho, más alta que la de cualquier integrante, incluso que la de sus padres, lo que refleja sentimientos de superioridad, ideas megalomaniacas y ausencia de respeto a las líneas de autoridad.
- ✧ Se dibuja con un abultamiento a nivel abdominal y región cricoidea prominente, lo que impresiona una alteración de la imagen corporal y/o un trastorno de alimentación.
- ✧ La boca de "Luis" se encuentra apretada, reflejando tensión o una agresividad contenida.
- ✧ Sus orejas son muy evidentes y grandes, que expresan el deseo de saber, de escuchar, de estar al corriente. Esta característica se encuentra en niños ávidos por saber cosas y en los que sufren por las cosas que oyen. "Luis" es el único personaje que tiene oídos, por lo que se puede decir que ningún integrante de su familia lo escucha.
- ✧ Los personajes en los que se observan cejas son "Luis" y su hermano mayor; en el usuario indica que tiene una visión realista de sí mismo, pero en su hermano indica dificultad para autocontrolarse y dominar la ira.
- ✧ Las manos de sus padres y hermano mayor se observan engrosadas, infiriendo una probable violencia intrafamiliar.
- ✧ En general, se puede observar que todos los integrantes se encuentran despersonalizados.
- ✧ Los integrantes de su familia están fuera de casa, lo que se puede traducir como una convivencia insuficiente.
- ✧ En la casa, las ventanas son anchas, éstas indican curiosidad por la vida, pero también nos hablan de un niño difícil de satisfacer.
- ✧ La puerta y ventanas se encuentran cerradas, lo que indican dificultades comunicativas impresionando un niño cerrado.
- ✧ En el árbol, el tronco recto a la derecha y curvo a la izquierda impresiona rigidez y frialdad, con cierto grado de dificultad para comunicarse. El tronco ancho es una fuerte afirmación del yo, de la energía, reflejando que el niño actúa desde lo impulsivo.
- ✧ La copa del árbol en ramada refleja sentimientos de soledad, de abandono y de frustración.
- ✧ Las raíces se encuentran enterradas, indicando un niño reprimido inconscientemente, que muestra solo una parte de él.
- ✧ El desborde derecho del árbol refleja problemas que experimenta el niño con el mundo exterior. Esto puede darse por agresión o por estar a la defensiva. Generalmente es un indicativo de agresividad.
- ✧ El agujero en el árbol representa un vacío en su vida.

## JERARQUIZACIÓN DE PATRONES FUNCIONALES

En la siguiente figura se puede observar gráficamente la jerarquización de los patrones funcionales, en donde los patrones que se encuentran en lo más alto de la jerarquía son los prioritarios por satisfacer.



## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Los diagnósticos de enfermería encontrados, según la jerarquización fueron:

1. Riesgo de suicidio relacionado con ideas de muerte con plan estructurado.
2. Alteración del patrón adaptación - tolerancia al estrés relacionado con afrontamiento ineficaz manifestado por consumo de alcohol y tabaco desde edades muy tempranas, abandono de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, poca tolerancia a la frustración, ansiedad y conductas autolesivas (cutting).
3. Alteración del patrón adaptación - tolerancia al estrés relacionado con ansiedad manifestado por inquietud, nerviosismo, estereotipias de miembros pélvicos, hiperhidrosis palmar y taquicardia.
4. Alteración del patrón cognitivo - perceptual relacionado con enfermedad mental manifestado por alucinaciones auditivas complejas de tipo comando "escucho la voz de un hombre que me dice que me mate" sic. pac. y visuales simples "veo sombras" sic. pac.
5. Alteración del patrón autopercepción - autoconcepto relacionado con baja autoestima crónica manifestada por evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos y situaciones.
6. Alteración del patrón percepción - mantenimiento de la salud relacionado con parcial conciencia de enfermedad manifestado por expresión verbal y baja adherencia al tratamiento.
7. Alteración del patrón rol - relaciones relacionado con deterioro de la interacción social manifestado por soledad, conductas de camuflaje para pasar desapercibido y referir "siempre busco estar solo porque la gente me harta" sic. pac.
8. Alteración del patrón nutrición - metabólico relacionado con factores psicológicos manifestado por realizar solo de 1 a 2 comidas por día, dieta desequilibrada, disminución en la ingesta de proteínas, refiere "siempre me siento lleno" sic. pac. y presencia de náuseas durante la ingesta de alimentos.



9. Alteración del patrón descanso - sueño relacionado con ansiedad manifestado por insomnio inicial, sueño no reparador, somnolencia diurna y dormir en clases por periodos de 10 a 20 minutos.
  
10. Alteración del patrón actividad - ejercicio relacionado con hipotensión ortostática manifestado por mareo, visión azul, náusea, diaforesis y debilidad de miembros inferiores al cambio de posición y antecedente de caída.
  
11. Alteración del patrón eliminación relacionado con estrés emocional, baja ingesta de fibra y líquidos manifestado por presentar máximo 3 evacuaciones a la semana.

**PLAN DE INTERVENCIONES ESPECIALIZADAS DE ENFERMERÍA**

<b>Diagnóstico de Enfermería:</b>	
Riesgo de suicidio relacionado con ideas de muerte con plan estructurado.	
<b>Patrón Funcional:</b> 10 "Adaptación – Tolerancia al estrés"	
<b>Definición:</b> Describe las formas generales que la persona tiene de enfrentar los estímulos estresantes y de tolerarlos. Comprende las reservas o capacidades para resistir desafíos a la integridad personal, las formas de manejar el estrés, los sistemas de apoyo familiares o de otra fuente y además las capacidades que reconoce tener para manejar y controlar situaciones.	
<b>Objetivos:</b>	
De la enfermera: Disminuir el riesgo de suicidio	
De la persona: "No suicidarme" sic. usuario	
<b>Plan de Intervenciones Especializadas</b>	
<b>Intervenciones de Enfermería</b>	<b>Fundamentación</b>
<p>① <b>Prevención del suicidio:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mostrar empatía, con actitud tranquila y no crítica. No mostrar nerviosismo. Utilizar un trato cortés y comprensivo.</li> <li>✓ Demostrar preocupación sobre su estado de bienestar.</li> <li>✓ Determinar si cuenta con los medios para llevar a cabo su plan.</li> <li>✓ Ayudar a identificar las situaciones que desencadenan o agravan los sentimientos negativos.</li> <li>✓ Promover la capacidad de expresar los sentimientos y emociones.</li> <li>✓ Abstenerse de críticas negativas. Explicar que hubiese sido mejor tomar otra decisión, pero nunca criticando su conducta.</li> <li>✓ Reforzar positivamente cualquier conducta correcta del usuario, haciendo de sus pequeños logros algo importante.</li> <li>✓ Aumentar el repertorio de mecanismos de afrontamiento de situaciones estresantes de la vida diaria.</li> <li>✓ Enseñar a reconocer la realidad de forma objetiva, examinando la situación y elaborando planes contingentes para enfrentarse a las situaciones de estrés.</li> </ul>	<p>Al ejecutar estas intervenciones disminuye el riesgo de los daños autoinfligidos con la intención de acabar con la vida. Prevenir ideas y conductas suicidas pasa por aprender a identificar ideas no realistas, valorar las propias competencias y ver en la diversidad una virtud más que un defecto. Igualmente, reconocer y saber utilizar adecuadamente los recursos disponibles ayudará a aumentar la confianza en uno mismo y disminuirá la vulnerabilidad frente a las situaciones críticas adversas.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Discutir planes para afrontar las ideas de suicidio en el futuro.</li> <li>✓ Ayudar a la reflexión y cambio de las ideas irracionales por medio de la reestructuración cognitiva.</li> <li>✓ Animar a establecer relaciones terapéuticas con personas significativas. Hacer un repaso con él de personas significativas que en su vida hayan podido ayudarle o que cree que podrían hacerlo en una situación de crisis.</li> <li>✓ Referir al Hospital Psiquiátrico Infantil para valoración por paidopsiquiatra.</li> </ul>	
<p><b>② Acuerdo con el usuario:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realizar acuerdos con el usuario (verbalmente o por escrito) que no se autolesionará durante un periodo especificado de tiempo, volviéndolo a acordar a intervalos de tiempo.</li> </ul>	<p>Permite negociar un acuerdo con el usuario para dar tiempo a reforzar un cambio de conducta.</p>
<p><b>③ Control del estado de ánimo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ayudar al usuario a identificar pensamientos y sentimientos subyacentes al estado de ánimo disfuncional.</li> <li>✓ Ayudar al usuario a expresar los sentimientos de una forma adecuada (golpeando un saco de boxeo, arteterapia, actividad física).</li> <li>✓ Supervisar los cambios en las funciones físicas o cognitivas del usuario que pudieran llevarle a una conducta peligrosa, intentando que nos explique lo que piensa y siente y cómo esto varía con los días.</li> </ul>	<p>El control del estado de ánimo evita que la visión del mundo circundante de la persona se estrecha hasta tal punto que se llegue a distorsionar su realidad, tomando decisiones afectivas minimizando la esfera racional.</p>
<p><b>④ Dar esperanza:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Infundir esperanza facilitando el desarrollo de una perspectiva positiva y reconociendo la valía intrínseca del usuario.</li> <li>✓ Ayudar a identificar razones de esperanza para afrontar la situación estresante. Aquellos motivos por los que merece la pena luchar y hacer algo por superar la situación de crisis.</li> <li>✓ Revisar logros y experiencias pasadas con el uso de los recuerdos de situaciones que el usuario resolvió de forma adecuada.</li> <li>✓ Ayudar al usuario a diseñar metas relacionadas con la esperanza.</li> </ul>	<p>Las personas deprimidas suelen fijarse únicamente en los aspectos negativos de la vida y pasan de largo los positivos; es posible que rechacen las opciones que se les ofrecen para resolver su problema, pensando que no hay solución posible. Ante la depresión y las ideas suicidas que de ella derivan puede resultar eficaz una terapia que ayude a recuperar el control y la esperanza.</p>

**EVIDENCIA CIENTÍFICA:**

- Ⓢ Fornés VJ. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Valoración y cuidados. 2ª edición. Ed. Médica Panamericana. España: 2012.
- Ⓢ Franco ZA, González ME, Cano MI, Domínguez PI, Flores MIS, Salgado PJ et al. Planes de cuidados enfermeros en SM. Servicio Extremeño de Salud. España. 2008.
- Ⓢ Serrano PMD, Herrero VJA. Plan de Cuidados al paciente con trastornos del estado de ánimo. Enfermería en psiquiatría y salud mental. s.f.
- Ⓢ Servicio Andaluz de Salud. Recomendaciones sobre la detección, Prevención e Intervención de la conducta suicida. España. 2010.
- Ⓢ Womble DM. Introducción a la enfermería de la salud mental. 2ª edición. Ed. Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins. España 2012.

**EVALUACIÓN:**

Se logró el objetivo de forma parcial a un corto plazo, acude a valoración al Hospital Psiquiátrico Infantil en compañía de su madre, en donde se le propone internamiento. Por ser derechohabiente del IMSS no fue posible, sin embargo se le brinda seguimiento en la institución en el servicio de consulta externa. Posterior a las intervenciones el usuario niega ideas de muerte.

<b>Diagnóstico de Enfermería:</b>	
Alteración del patrón adaptación - tolerancia al estrés relacionado con afrontamiento ineficaz manifestado por consumo de alcohol y tabaco desde edades muy tempranas, abandono de tratamiento farmacológico y psicoterapéutico, poca tolerancia a la frustración, ansiedad y conductas autolesivas (cutting).	
<b>Patrón Funcional:</b> 10 "Adaptación – Tolerancia al estrés"	
<b>Definición:</b> Describe las formas generales que la persona tiene de enfrentar los estímulos estresantes y de tolerarlos. Comprende las reservas o capacidades para resistir desafíos a la integridad personal, las formas de manejar el estrés, los sistemas de apoyo familiares o de otra fuente y además las capacidades que reconoce tener para manejar y controlar situaciones.	
<b>Objetivos:</b>	
De la enfermera: Ayudar al usuario a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las exigencias y papeles de la vida cotidiana.	
De la persona: "Saber cómo manejar mejor los problemas" sic. usuario	
<b>Plan de Intervenciones Especializadas</b>	
<b>Intervenciones de Enfermería</b>	<b>Fundamentación</b>
<p>① <b>Aumentar el afrontamiento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Determinar conjuntamente la influencia de los síntomas depresivos en la interpretación de la realidad y en la toma de decisiones.</li> <li>✓ Valorar la comprensión del proceso de enfermedad.</li> <li>✓ Identificar las estrategias previas de afrontamiento.</li> <li>✓ Animar al usuario a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.</li> <li>✓ Ayudar al usuario a clarificar creencias y pensamientos erróneos.</li> <li>✓ Discutir las respuestas alternativas a las situaciones.</li> <li>✓ Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses comunes.</li> <li>✓ Ayudarle a resolver los problemas de forma constructiva.</li> <li>✓ Favorecer situaciones que favorezcan su autonomía.</li> <li>✓ Fomentar un dominio gradual de la situación.</li> <li>✓ Utilizar un enfoque sereno de reafirmación.</li> <li>✓ Animarle a evaluar su propio comportamiento.</li> </ul>	<p>Un grupo de respuestas frente al estrés con las estrategias de afrontamiento, entendidas como todo esfuerzo cognitivo y conductual que realiza la persona para controlar y/o reducir las situaciones de estrés.</p> <p>Se consideran que las estrategias más efectivas son aquellas centradas a entender y resolver el problema, mientras que las más inefectivas son las estrategias de evitación o escape, ya que mientras no se resuelva el problema, el estrés estará activo o latente y en cualquier momento puede reaparecer.</p>

<p><b>② Apoyo en toma de decisiones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evaluar la capacidad del usuario para tomar decisiones.</li> <li>✓ Ayudar a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.</li> <li>✓ Facilitar la toma de decisiones en colaboración.</li> <li>✓ Informar al usuario sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones.</li> </ul> <p><b>③ Apoyo emocional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Explorar con el usuario qué ha desencadenado las emociones.</li> <li>✓ Tocar al usuario para proporcionarle apoyo.</li> <li>✓ Ayudar al usuario a reconocer sentimientos como ansiedad, ira o tristeza y animarle a expresarlos.</li> <li>✓ Facilitar las salidas constructivas de la ira y la hostilidad.</li> <li>✓ Confrontar los sentimientos ambivalentes del usuario.</li> <li>✓ Favorecer la conversación o el llanto para disminuir la respuesta emocional.</li> </ul> <p><b>④ Aumentar los sistemas de apoyo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Determinar el grado de apoyo familiar</li> <li>✓ Animar a la implicación de la familia en los cuidados.</li> <li>✓ Animar al usuario a participar en actividades sociales y culturales.</li> </ul>	<p>Es importante el apoyo en la toma de decisiones durante situaciones de estrés con la finalidad de que ésta favorezca el afrontamiento.</p> <p>El apoyo emocional nos permite entrar en contacto con las emociones básicas que nos definen como personas, proporcionarles seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión. La tonalidad de los sentimientos (agradable o desagradable) es un factor importante a la hora de predecir la vulnerabilidad de la persona ante la demanda de estrés y los recursos y estrategias que utilizará para afrontarlos.</p> <p>El apoyo social es un mediador que facilita la seguridad en la persona misma al pensar que dispone de recursos a quienes acudir en caso de necesita soporte o ayuda.</p>
---	--

**EVIDENCIA CIENTÍFICA:**

- Ⓢ Comisión asesora en Planes de Cuidados y Enfermeras del Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería. Servicio Andaluz de Salud. España. 2006.
- Ⓢ Fornés VJ. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Valoración y cuidados. 2ª edición. Ed. Médica Panamericana. España: 2012.
- Ⓢ Franco ZA, González ME, Cano MI, Domínguez PI, Flores MIS, Salgado PJ et al. Planes de cuidados enfermeros en SM. Servicio Extremeño de salud. España. 2008.
- Ⓢ Serrano PMD, Herrero VJA. Plan de Cuidados al paciente con trastornos del estado de ánimo. Enfermería en psiquiatría y salud mental. s.f.
- Ⓢ Womble DM. Introducción a la enfermería de la salud mental. 2ª edición. Ed. Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins. España 2012.

**EVALUACIÓN:**

Se logró el objetivo parcialmente por ser a largo plazo y valorarse a un corto tiempo. El usuario muestra mayor tolerancia a la frustración en la escuela, comenta iniciar con diferentes estrategias para el manejo de las situaciones estresantes y muestra interés por valorar la sintomatología depresiva en una institución de tercer nivel de atención.

<b>Diagnóstico de Enfermería:</b>	
Alteración del patrón adaptación - tolerancia al estrés relacionado con ansiedad manifestado por inquietud, nerviosismo, estereotipias de miembros pélvicos, hiperhidrosis palmar y taquicardia.	
<b>Patrón Funcional:</b> 10 "Adaptación – Tolerancia al estrés"	
<b>Definición:</b> Describe las formas generales que la persona tiene de enfrentar los estímulos estresantes y de tolerarlos. Comprende las reservas o capacidades para resistir desafíos a la integridad personal, las formas de manejar el estrés, los sistemas de apoyo familiares o de otra fuente y además las capacidades que reconoce tener para manejar y controlar situaciones.	
<b>Objetivos:</b>	
De la enfermera: Disminuir la ansiedad del usuario mediante el autocontrol.	
De la persona: "Ya no sentirme tan nervioso" sic usuario.	
<b>Plan de Intervenciones Especializadas</b>	
<b>Intervenciones de Enfermería</b>	<b>Fundamentación</b>
<p>① <b>Apoyo emocional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Explicar al usuario que entendemos su problema, sin juzgarlo.</li> <li>✓ Demostrarle aceptación respetando sus formas de expresión.</li> <li>✓ Ayudar al usuario a reconocer y expresar sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.</li> <li>✓ Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.</li> <li>✓ Comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa o vergüenza.</li> <li>✓ Favorecer la conversación o el llanto como medio para disminuir la respuesta emocional.</li> </ul> <p>② <b>Disminución de la ansiedad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Detección de estilos de pensamientos estresantes.</li> <li>✓ Detección de conductas poco efectivas.</li> <li>✓ Tratar de comprender la perspectiva sobre las situaciones estresantes.</li> <li>✓ Ayudar al usuario a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.</li> <li>✓ Enseñar la sustitución de las ideas irracionales.</li> </ul>	<p>El estrés constituye una experiencia emocional que puede provenir de cualquier situación o pensamiento. El apoyo emocional nos permite entrar en contacto con las emociones básicas que nos definen como personas, proporcionarles seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión. El hecho de conocer lo que le ocurre a una persona reduce sus sentimientos negativos, sus pensamientos de culpa e inutilidad y reduce la ansiedad.</p> <p>La ansiedad es una manifestación habitual en la mayoría de las personas. El conocer las principales fuentes que la provocan es el primera paso para reducir la ansiedad. Además, nos dará una orientación de las áreas para iniciar el trabajo sobre el tratamiento o</p>



<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Animar a la familia a permanecer con el usuario.</li> <li>✓ Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.</li> </ul> <p><b>③ Técnica de relajación</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites, tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración diafragmática, relajación muscular progresiva).</li> <li>✓ Determinar si alguna intervención de relajación ha sido útil en el pasado.</li> <li>✓ Crear una descripción detallada de cada una de las intervenciones de relajación.</li> <li>✓ Enseñar y fomentar la respiración profunda lenta y con propósito consciente. Enseñar al usuario a realizar la técnica de respiración controlada como mecanismo de relajación y practicarla diariamente.</li> <li>✓ Enseñar la técnica de relajación muscular progresiva para disminuir la ansiedad y las manifestaciones de ésta, realizando la técnica un mínimo de 3 veces por semana.</li> <li>✓ Evaluar el beneficio de las técnicas de relajación tanto de forma subjetiva como de forma objetiva.</li> <li>✓ Fomentar la repetición frecuente de la técnica seleccionada.</li> </ul>	<p>afrontamiento del estrés, así como las técnicas más idóneas para controlarlo.</p> <p>Las situaciones de ansiedad son constantes y variadas a lo largo de la vida, aprender a controlarla constituye un recurso importante para mantener determinado nivel de calidad de vida. Las técnicas de relajación han sido una destreza sumamente útil para enfrentarse con el estrés de la vida diaria, ya que permiten la reducción de la actividad simpática del sistema neurovegetativo, de la tensión muscular o del estado de alerta general del organismo.</p>
--	---

**EVIDENCIA CIENTÍFICA:**

- ⊗ Comisión asesora en Planes de Cuidados y Enfermeras del Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería. Servicio Andaluz de Salud. España. 2006.
- ⊗ Franco ZA, González ME, Cano MI, Domínguez PI, Flores MIS, Salgado PJ et al. Planes de cuidados enfermeros en SM. Servicio Extremeño de salud. España. 2008.
- ⊗ Fornés VJ. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Valoración y cuidados. 2ª edición. Ed. Médica Panamericana. España: 2012.
- ⊗ Torres ALP y cols. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. Secretaría de Salud. México. 2010.
- ⊗ Womble DM. Introducción a la enfermería de la salud mental. 2ª edición. Ed. Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins. España 2012.

**EVALUACIÓN:**

Se logró el objetivo parcialmente a corto plazo. El usuario refiere disminución de la ansiedad así como de la sintomatología derivada de la misma. Realiza repeticiones frecuentes de las técnicas de relajación y se integró a actividades deportivas para mejorar su calidad de vida.

<b>Diagnóstico de Enfermería:</b>	
Alteración del patrón cognitivo - perceptual relacionado con enfermedad mental manifestado por alucinaciones auditivas complejas de tipo comando “escucho la voz de un hombre que me dice que me mate” sic. pac. y visuales simples “veo sombras” sic. pac.	
<b>Patrón Funcional:</b> 6 “Cognitivo – Perceptual”	
<b>Definición:</b> Comprende las alteraciones de las formas sensoriales tales como vista, oído, gusto, tacto, olfato y las medidas compensatorias o prótesis que utiliza para estas alteraciones. Cuando existe, incluye informes sobre percepción de dolor y de la manera que lo maneja. Además comprende las capacidades cognoscitivas funcionales como con el lenguaje, memoria y capacidad de tomar decisiones.	
<b>Objetivos:</b>	
De la enfermera: Reducir la aparición de alucinaciones en el usuario.	
De la persona: “Ya no escuchar voces” sic. usuario	
<b>Plan de Intervenciones Especializadas</b>	
<b>Intervenciones de Enfermería</b>	<b>Fundamentación</b>
<p>① <b>Manejo de las alucinaciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Establecer una relación interpersonal de confianza con el usuario.</li> <li>✓ Registrar las conductas del usuario que indiquen alucinaciones.</li> <li>✓ Proporcionar seguridad al usuario de forma optimista pero al mismo tiempo realista.</li> <li>✓ Proporcionar al usuario la oportunidad de comentar las alucinaciones.</li> <li>✓ Prestar atención a las alucinaciones para ver si su contenido es violento o dañino para el usuario.</li> <li>✓ Referencia al Hospital Psiquiátrico Infantil.</li> <li>✓ Animar al usuario a que desarrolle un control de su propia conducta.</li> <li>✓ Animar al usuario a que compruebe las alucinaciones con otras personas de confianza como prueba de la realidad.</li> <li>✓ Señalar que uno no está experimentando los mismos estímulos.</li> <li>✓ Centrar la entrevista sobre los sentimientos subyacentes en lugar de en el contenido de las alucinaciones.</li> <li>✓ Implicar al usuario en actividades basadas en la realidad que puedan distraerle de las alucinaciones.</li> </ul>	<p>La experiencia alucinatoria normalmente es desagradable y atemorizante, por lo que es necesario que el personal de enfermería se convierta en el símbolo de lo que es real y no amenazante. Mediante esta intervención se estimula la sensación de seguridad, comodidad y orientación en la realidad de la persona que experimenta alucinaciones.</p>

<p><b>② Reestructuración cognitiva</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ayudar al usuario a que acepte el hecho de que las afirmaciones personales median la excitación emocional.</li> <li>✓ Animar al usuario a que desarrolle un control y responsabilidad de su propia conducta.</li> <li>✓ Reconocer los sentimientos desencadenados por las alucinaciones.</li> <li>✓ Ayudar al usuario a cambiar afirmaciones irracionales por afirmaciones racionales.</li> <li>✓ Utilizar la “intervención de rechazo” consistente en la orden cognitiva de rechazo o de negación de las alucinaciones.</li> <li>✓ Ayudar al usuario a reemplazar las interpretaciones equivocadas de las situaciones, sucesos e interacciones estresantes por interpretaciones basadas más en la realidad.</li> <li>✓ Realizar preguntas que expresen dudas sobre la percepción del usuario.</li> <li>✓ Realizar afirmaciones que describan la forma alternativa de observar la situación.</li> <li>✓ Ayudar al usuario a identificar las propias interpretaciones equivocadas sobre los factores estresantes percibidos.</li> <li>✓ Utilizar estrategias de afrontamiento diferentes como realizar deporte o llamar por teléfono a una persona de confianza para mantener una conversación centrada en la realidad.</li> <li>✓ Usar estímulos contrapuestos a las alucinaciones como escuchar música.</li> </ul>	<p>La reacción de una persona ante un acontecimiento depende principalmente de cómo la percibe, atiende, valora e interpreta, de las atribuciones que hace y de las expectativas que tiene.</p> <p>La reestructuración cognitiva es una técnica cognitiva- conductual cuyo objetivo es identificar, analizar, y sustituir las interpretaciones o los pensamientos desadaptativos que las personas experimentan en determinadas situaciones o que tienen sobre otras personas, y de esta forma se reduzca la perturbación emocional y/o conductual causada por estos pensamientos.</p>
---	---

**EVIDENCIA CIENTÍFICA:**

- ④ Fornés VJ. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Valoración y cuidados. 2ª edición. Ed. Médica Panamericana. España: 2012.
- ④ Franco ZA, González ME, Cano MI, Domínguez PI, Flores MIS, Salgado PJ et al. Planes de cuidados enfermeros en SM. Servicio Extremeño de salud. España. 2008.
- ④ Gallego CT. Intervención Clínica de Enfermería. Esquizofrenia Paranoide. Trabajo de fin de grado. Universidad de Lleida. España. 2013.
- ④ Rebolledo MS, Lobato RMJ. Como afrontar la esquizofrenia. Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas. FEAFES. España. s.f.
- ④ Womble DM. Introducción a la enfermería de la salud mental. 2ª edición. Ed. Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins. España 2012.

**EVALUACIÓN:**

Se logró el objetivo parcialmente a corto plazo. El usuario refiere disminución de las alteraciones de la sensopercepción. Acude a valoración a un Hospital Psiquiátrico Infantil en donde se le da seguimiento en el servicio de consulta externa.

<b>Diagnóstico de Enfermería:</b>	
Alteración del patrón autopercepción - autoconcepto relacionado con baja autoestima crónica manifestada por evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos y situaciones.	
<b>Patrón Funcional:</b> 7 "Autopercepción – Autoconcepto"	
<b>Definición:</b> Describe las percepciones y el concepto de sí mismo. Incluye las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo, lo que percibe de sus propias capacidades (cognitivas, afectivas y físicas), de su autoimagen, de su identidad, el sentido de valor general que tiene y el patrón general de emociones.	
<b>Objetivos:</b>	
De la enfermera: Aumentar la autoestima en el usuario	
De la persona: "Sentirme capaz de resolver mis problemas" sic usuario	
<b>Plan de Intervenciones Especializadas</b>	
<b>Intervenciones de Enfermería</b>	<b>Fundamentación</b>
<p>① <b>Potenciación de la autoestima</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Animar al usuario a identificar sus cualidades y puntos fuertes.</li> <li>✓ Fomentar el contacto visual al comunicarse e interaccionar.</li> <li>✓ Reafirmar los puntos fuertes que se identifiquen en el usuario.</li> <li>✓ Mostrar confianza en su capacidad para controlar una situación.</li> <li>✓ Ayudar a establecer objetivos realistas y a aceptar nuevos desafíos.</li> <li>✓ Ayudar a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo.</li> <li>✓ Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo.</li> <li>✓ Explorar los logros anteriores.</li> <li>✓ Explorar las razones de autocrítica.</li> <li>✓ Facilitar actividades que aumenten la autoestima.</li> <li>✓ Ayudar al usuario a encontrar la autoaceptación.</li> <li>✓ Animar al usuario a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas a diario con las que se encuentre cómodo.</li> <li>✓ Dinámicas para aumentar la autoestima como: "Imagínate a ti mismo", "Yo soy", "La racha de apreciación", "Mañana sorprenderé a tres personas".</li> </ul>	<p>Una autoestima saludable supone enfrentarse a la vida con seguridad y confianza respondiendo a nuestros sentimientos y deseos de forma sincera, honesta y adaptativa en el contexto sociocultural en el que nos desenvolvemos. Cuanto mayor sea esta adaptación mejor será la calidad de vida de la persona. Lo que pensamos sobre nosotros mismos a menudo se convierte en realidad, de manera que con nuestros pensamientos creamos también nuestras experiencias. Por ello, el objetivo se centra en detectar las ideas irracionales y desmontarlas haciéndolas más adaptativas y saludables.</p>

<p><b>② Apoyo emocional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Explorar con el usuario qué ha desencadenado las emociones.</li> <li>✓ Realizar afirmaciones empáticas y de apoyo.</li> <li>✓ Facilitar la identificación por parte del usuario del patrón habitual de afrontamiento de los temores.</li> </ul>	<p>El apoyo emocional proporciona seguridad, aceptación, y ánimos en momentos de tensión.</p>
--	---

<p><b>EVIDENCIA CIENTÍFICA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>④ Comisión asesora en Planes de Cuidados y Enfermeras del Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería. Servicio Andaluz de Salud. España. 2006.</li> <li>④ Fornés VJ. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Valoración y cuidados. 2ª edición. Ed. Médica Panamericana. España: 2012.</li> <li>④ Franco ZA, González ME, Cano MI, Domínguez PI, Flores MIS, Salgado PJ et al. Planes de cuidados enfermeros en SM. Servicio Extremeño de salud. España. 2008</li> <li>④ Serrano PMD, Herrero VJA. Plan de Cuidados al paciente con trastornos del estado de ánimo. Enfermería en psiquiatría y salud mental. s.f.</li> </ul>
---

<p><b>EVALUACIÓN:</b></p> <p>Se logró el objetivo parcialmente a corto plazo. El usuario verbaliza afirmaciones cada vez más positivas de sí mismo y refiere llevar a cabo las estrategias para aumentar la autoestima. Mantiene contacto visual al comunicarse con los demás.</p>
--

## EJECUCIÓN

La ejecución de las intervenciones y actividades planeadas previamente se realizaron en la escuela a la que acude “Luis” durante el horario de la práctica clínica en un periodo de 3 semanas, con la autorización de las autoridades de la escuela y con el acompañamiento de la tutora clínica de la Especialización en Enfermería en Salud Mental a cargo del campo. El lugar fue variable, ya que dependió de la disponibilidad de espacio físico por parte de la escuela.

Todas las intervenciones de enfermería se realizaron de forma individual; sin embargo, algunas de ellas se reforzaron de forma grupal mediante la impartición de talleres Psicoeducativos dirigidos a alumnos detectados con necesidad de atención en salud mental, como:

- ⊕ Promoción de la autoestima.
- ⊕ Prevención de relaciones sexuales no protegidas, embarazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual.
- ⊕ Promoción de la resiliencia.
- ⊕ Prevención de depresión y suicidio.
- ⊕ Prevención de adicciones.

El día 10 de Diciembre de 2014, con la autorización y en conjunto con las autoridades de la escuela, se realizó una intervención dirigida a los padres de familia de los alumnos previamente detectados, con la finalidad de contribuir a la sensibilización de los padecimientos mentales. Para ello, se realizó un citatorio hacia el familiar responsable de “Luis”, acudiendo su madre. Posterior a dicha intervención se abordó de forma personal a la madre de “Luis”, se le explicó la necesidad de atención especializada en un tercer nivel de atención y se proporcionó un oficio de referencia elaborado por las autoridades de la escuela al Hospital Psiquiátrico Infantil, a lo que la madre respondió que asistirían al día siguiente.

El usuario se integró a la planeación de las actividades, y en su ejecución se mostró cooperador. La mayoría de ellas fueron realizadas en la escuela durante las sesiones de seguimiento y algunas otras las realizaba en casa en forma de tarea para entregar en la siguiente sesión, siendo puntual en la entrega de las mismas.



## EVALUACIÓN

Los objetivos del estudio de caso fueron logrados en su totalidad. Se aplicó el Proceso de Atención de Enfermería basado en el modelo de los 11 patrones funcionales propuestos por Marjory Gordon al adolescente “Luis” quien presentaba la necesidad de atención especializada en Salud Mental; se brindó un cuidado especializado, individualizado y de calidad, favoreciendo la autonomía y calidad de vida. Se logró aplicar la Psiquiatría de Enlace y se realizó la referencia a una institución de tercer nivel de atención para su valoración, diagnóstico y tratamiento oportuno.

Los objetivos de enfermería dirigidos al usuario fueron logrados parcialmente en un corto plazo, ya que por el tiempo en el que se realizó el seguimiento del usuario (3 semanas) no se pudieron evaluar a un largo plazo; sin embargo, se observaron avances muy notables en el usuario, como:

- ☉ Se logró establecer una relación terapéutica empática, con diálogo abierto, escucha activa y de confianza.
- ☉ Se observa autoestima más elevada, verbaliza afirmaciones cada vez más positivas de sí mismo y refiere llevar a cabo las estrategias para aumentar la autoestima. Mantiene contacto visual al comunicarse con los demás.
- ☉ El estado de ánimo mejoró, evaluándose tanto por expresiones verbales como por la expresión facial.
- ☉ Niega haber presentado en las últimas semanas ideas de muerte.
- ☉ Presenta disminución de la ansiedad (de severa a moderada) y mayor tolerancia a la frustración, comenta que utiliza las diferentes estrategias aprendidas para el manejo de situaciones estresantes; además, se integra a actividades deportivas para reducir las tensiones de la vida diaria.
- ☉ Muestra interés por la valoración psiquiátrica en una institución de tercer nivel de atención.
- ☉ Refiere disminución de las alteraciones de la sensopercepción en cuanto a la frecuencia de aparición de las alucinaciones, manejándolas de una forma adecuada.
- ☉ Presenta conciencia de enfermedad.
- ☉ Reinicia una breve interacción con sus compañeros de la escuela.
- ☉ Mantiene mayor comunicación con el entorno.

El día 12 de Diciembre acudió el usuario en compañía de su madre al Hospital Psiquiátrico Infantil al servicio de Admisión Continua, en donde se realizó una primera valoración por paidopsiquiatra y se propuso su internamiento, mismo que no fue logrado por ser derechohabiente del IMSS; sin embargo, se logra que se realice el seguimiento de la atención desde la consulta externa. Se le cita hasta Marzo de 2015 para la apertura de expediente y realización de historia clínica por la saturación de la institución.

## IX. PLAN DE ALTA

El plan de alta se fue trabajando con “Luis” día con día desde el momento en que se abordó, a través de recomendaciones generales y de talleres Psicoeducativos. Además, en el último contacto con la madre se proporcionaron las siguientes recomendaciones generales:

- ⊙ **Adherencia al tratamiento:** acudir a las citas programadas en el Hospital Psiquiátrico Infantil y en caso de iniciar con tratamiento farmacológico respetar dosis y horarios prescritos. Informarse acerca de los efectos terapéuticos y efectos secundarios de cada medicamento.
- ⊙ **Higiene:** mantener un autocuidado referente a la higiene de forma adecuada: baño diario, cambio de ropa diaria, cambio de ropa de cama frecuentemente, aliño, higiene dental, lavado de manos y limpieza de espacios físicos.
- ⊙ **Alimentación e hidratación:** mantener una alimentación completa, equilibrada y balanceada, limitando alimentos irritantes y altos en grasas.
- ⊙ **Ejercicio:** realizar ejercicios que favorezcan la flexibilidad, equilibrio, coordinación, fuerza y resistencia, caminata durante 30 minutos por día, 5 días a la semana. Continuar con la práctica del deporte de su elección.
- ⊙ **Signos y síntomas de alarma:** en caso de presentar ideas de muerte, ideas suicidas, hipotimia acentuada, anhedonia, ansiedad, desesperación, aislamiento social, cambios en el patrón del sueño, pérdida de la esperanza, impulsividad, poca tolerancia a la frustración, alucinaciones y/o alteraciones del comportamiento, acudir al servicio de Admisión Continua del Hospital Psiquiátrico Infantil los 365 días las 24 horas para su valoración por paidopsiquiatra.
- ⊙ **Cuidados especiales:** continuar con las estrategias aprendidas para disminuir la ansiedad, aumentar la autoestima, mejorar el afrontamiento, y manejar las alucinaciones.

## X. CONCLUSIONES

Durante mucho tiempo se ha minimizado la importancia de los trastornos mentales en los niños y adolescentes. Se han considerado problemas menores que podían ser resueltos por personas sin preparación y experiencia. Sin embargo la realidad es muy diferente, ya que más de la mitad de las enfermedades mentales de la población surgen en la infancia y existe una continuidad entre los trastornos mentales infantiles y los de la vida adulta.

Los trastornos mentales tienen enormes repercusiones en el desarrollo emocional e intelectual de los niños, en el aprendizaje escolar, la adaptación social y el descubrimiento de la vida. Por ello, es de suma importancia promover la salud mental de los niños, prevenir, diagnosticar y tratar correctamente los trastornos mentales.

La salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos. El sufrimiento forma parte de la condición humana; a lo largo de la vida estamos expuestos a diversas situaciones y sucesos inesperados que nos pueden producir sentimientos encontrados, como tristeza, enojo, alegría, temor o tensión. Se puede establecer que sería indicado acudir a atención especializada cuando los malestares y el sufrimiento que experimenta una persona se presenten de manera cotidiana, se extiendan a lo largo del tiempo a un grado tal que interfieran con sus actividades diarias, y le afecten de manera importante a sí misma o a quienes le rodean. Buscar atención especializada brinda más elementos para identificar a tiempo si la persona presenta un padecimiento mental o no, y examinar soluciones posibles.

Las actividades realizadas en el presente estudio de caso me permitieron aplicar lo aprendido a lo largo de mi formación académica, así como adquirir las habilidades necesarias para brindar cuidado holístico y especializado al adolescente con sufrimiento emocional, favoreciendo su salud mental.

La intervención como enfermera especialista en salud mental consistió en la aplicación del PAE con sus 5 etapas, además de la realización de la entrevista motivacional como estrategia en el proceso de cambio para ayudar al usuario a expresar los sentimientos, enfrentarse a los problemas de una manera más efectiva, recuperar las habilidades y recursos necesarios, así como movilizar los sistemas de apoyo. Es muy importante que la enfermera especialista desempeñe un papel activo en la intervención con el usuario acerca de distintas preocupaciones con respecto a su salud y otras áreas de la vida.

La realización de este estudio de caso tuvo un grado alto de complejidad al unificar los conocimientos obtenidos durante el bloque teórico de la Especialidad en Enfermería en Salud Mental, los obtenidos durante las revisiones de Guías de Práctica Clínica, el bloque práctico en diversas instituciones, así

como adecuar las intervenciones de Enfermería a las características del usuario y al contexto en el que nos encontramos, lo cual favoreció mi formación como Enfermera Especialista en Salud Mental.

Además, me fue posible detectar los diversos retos a los que se enfrenta el especialista en salud mental dentro de la comunidad al momento de implementar los conocimientos teóricos para la resolución de problemas y amenazas en escenarios reales.

A pesar de los avances en el campo de la salud mental, existe todavía mucho que trabajar para enfrentar la problemática de mejorar la calidad de vida de las personas con padecimientos mentales y quienes les rodean. Alcanzar esto no es fácil, forma parte de un proceso que implica un cambio en la forma habitual de mirar los padecimientos mentales y de una visión distinta que se aleje del fatalismo que permea a todos los sectores. En este proceso deben participar instituciones educativas, medios de comunicación, políticos, funcionarios que deciden políticas públicas, asociaciones civiles y religiosas, personal de salud, familiares, población y principalmente reconocer la voz y experiencia de las personas con estos padecimientos, a fin de que tomen un papel más activo para que estos cambios sean posibles.

Finalmente, es importante puntualizar el trabajo interdisciplinar e interinstitucional desarrollado a lo largo de la práctica comunitaria, como estrategia para promover la salud mental, prevenir, atender y aplicar la rehabilitación psicosocial en usuarios con trastornos mentales.

## XI. SUGERENCIAS

Las investigaciones epidemiológicas han demostrado sistemáticamente a nivel mundial que:

- Ψ Los trastornos mentales y del comportamiento afectan entre 10% y 15% de los niños, las niñas y los adolescentes. Estas son las primeras manifestaciones de afecciones que, en ocasiones, van a durar toda la vida adulta y brindan una oportunidad única para intervenir de manera temprana y eficaz.
- Ψ El suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes.
- Ψ La depresión mayor tiene a menudo su inicio en la adolescencia, ya se asocia a problemas psicosociales severos y al incremento del riesgo de comportamientos relacionados con trastornos de la conducta y el suicidio.
- Ψ Los trastornos de la conducta tienden a persistir en la adolescencia y vida del adulto, manifestándose como abuso de drogas, delincuencia juvenil, criminalidad del adulto, comportamiento antisocial, problemas maritales, malas interpretaciones en el trabajo y desempleo, problemas interpersonales y mala salud física.
- Ψ La brecha de tratamiento en la niñez y la adolescencia es aún mayor que en los adultos.<sup>52</sup>

Basado en lo anterior, la principal sugerencia que surge a partir del desarrollo del presente estudio de caso es relacionada con la capacitación y sensibilización del personal que labora en instituciones educativas a través de la psiquiatría de enlace, como parte de la iniciativa de la OMS en el Programa de acción para superar las brechas en salud mental, con la finalidad de detectar oportunamente los trastornos mentales, referir a una institución especializada y brindar un tratamiento precoz.

La segunda sugerencia va encaminada a implementar estrategias para disminuir el estigma ante los trastornos mentales, ya que debido a los prejuicios y actos discriminatorios hacia las personas estigmatizadas, es frecuente que éstas presenten un bajo nivel de autoestima y una menor calidad de vida, además de una baja adherencia a los tratamientos y una reducción significativa de sus redes sociales, obstaculizando su inclusión social.

Los conceptos revisados durante la fase teórica de la Especialidad en Enfermería en Salud Mental fueron una verdadera herramienta para lograr los objetivos; sin embargo considero importante y sugiero integrar un seminario de paidopsiquiatría en dicha especialidad para profundizar en la atención especializada de niños y adolescentes que guíe la práctica profesional con este grupo etario.

---

<sup>52</sup> Torres DGY, Berbesi FDY, Bareño SJ, Montoya VLP. Situación de Salud Mental del Adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. Universidad CES. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2010.

**XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Alberdi SJ, Taboada O, Castro DC, Vázquez VC. Depresión. Guías Clínicas 2006; 6(11): 1-6. Disponible en: <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
2. Álvarez AM, Atienza MG, De las Heras LE, Fernández MR, Ferrer GDVE, Goicoechea CA, et al. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Ministerio de Sanidad y política social. España, 2009. Disponible en: [http://www.sergas.es/.../avaliat%20N%20200709\\_Depresion%20Mayor%20adolescente-web.pdf](http://www.sergas.es/.../avaliat%20N%20200709_Depresion%20Mayor%20adolescente-web.pdf)
3. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson. 2002.
4. Armendáriz OAM, Medel PB. Teorías de Enfermería y su relación con el proceso de atención de enfermería. Revista Synthesis. 2007. Disponible en: [http://www.uach.mx/extension\\_y\\_difusion/synthesis/2008/05/12/enfermeria.pdf](http://www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2008/05/12/enfermeria.pdf)
5. Arribas CAA, Amezcua SA, Santamaría GJM, Robledo MJ, Blasco HT, Gómez GJL. Diagnósticos Estandarizados de Enfermería. Clasificación de los Valores Determinantes. Madrid: Departamento de Metodología e Innovación del cuidado, FUDEN. 2011. pág. 10- 16. Disponible en: [http://www.ome.fuden.es/media/docs/26\\_valores\\_determinantes\\_2011.pdf](http://www.ome.fuden.es/media/docs/26_valores_determinantes_2011.pdf)
6. Arribas CAA, Aréjula TJL, Borrego OR, Domingo BM, Morente PM, Robledo MJ, Santamaría GJM. Valoración Enfermera Estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. Madrid: Observatorio de Metodología Enfermera, FUDEN. 2006. Disponible en: [http://ome.fuden.es/media/docs/ccve\\_cd.pdf](http://ome.fuden.es/media/docs/ccve_cd.pdf)
7. Bañuelos DN, Chávez RV, Toledo RVM, Ledesma VJA. Evaluación del acto médico. Comisión estatal de conciliación y arbitraje médico para el estado de Nayarit. 2005. Disponible en: [http://www.conamed.gob.mx/comisiones\\_estatales/.../evaluacionactomedico.pdf](http://www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/.../evaluacionactomedico.pdf)
8. Barrio CI, González JJ, Padín ML, Peral SP, Sánchez MI, Tarín LE. El estudio de Casos. Métodos de Investigación Educativa. 3º Magisterio Educación Especial. Madrid. s.f. Disponible en: [https://www.uam.es/personal\\_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Est\\_Casos\\_doc.pdf](https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Est_Casos_doc.pdf)
9. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Méndez E, Fleiz C, Rojas E, Cruz C. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. Rev Salud Mental. 2009;32(2):155-163. Disponible en: [http://www.inprf-cd.gob.mx/revista\\_sm](http://www.inprf-cd.gob.mx/revista_sm)
10. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Rev. Salud Pública de México. 2013;55(1):74-80 Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n1/v55n1a11>

11. Blanca CSM, Guibert RW. Identificación de indicadores suicidas en la población por la enfermera de atención primaria de salud. *Revista Cubana de Enfermería*. 1998;14(3):188-195. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol14\\_2\\_98/enf07298.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol14_2_98/enf07298.pdf).
12. Cabal EVE, Guarnizo TM. Enfermería como disciplina. *Revista Colombiana de Enfermería*. 2011;6(6):73-81. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4036648.pdf>
13. Campoverde EKR, Balcells BS, Miguel GC. Caso clínico de una paciente diagnosticada de trastorno bipolar desde la visión del proceso enfermero. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2013;33(120):787-792. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v33n120/nota\\_clinica\\_4.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v33n120/nota_clinica_4.pdf).
14. Colliere MF. Promover la vida. De las prácticas de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. 1ª ed. España: McGraw Hill Interamericana; 1993.
15. Comisión Asesora en Planes de Cuidados y Enfermeras del Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Planes de Cuidados Estandarizados de Enfermería. Servicio Andaluz de Salud. España. 2006. Disponible en: [ecaths1.s3.amazonaws.com/practicaintegradoraenfermeriaunsl/10901628.pdf](http://ecaths1.s3.amazonaws.com/practicaintegradoraenfermeriaunsl/10901628.pdf)
16. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia [base de datos en internet]. México: Servicios Web ENEO UNAM. 2011 Enfermería en Salud Mental [1 página]. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/posgrado/especialidades/mental.php>
17. Fernández ME. Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de Enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional. Tesis Doctoral. Universidad de León, México: 2009. Disponible en: <https://buleria.unileon.es/handle/10612/902>
18. Fornés VJ. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Valoración y cuidados. 2ª edición. Ed. Médica Panamericana. España: 2012.
19. Franco ZA, González ME, Cano MI, Domínguez PI, Flores MIS, Salgado PJ et al. Planes de cuidados enfermeros en SM. Servicio Extremeño de Salud. España. 2008. Disponible en: [http://www.saludmentalextremadura.com/fileadmin/documentos/Documentos\\_Tecnicos\\_SES/PLANES\\_DE\\_CUIDADOS\\_ENFERMEROS\\_EN\\_SM.pdf](http://www.saludmentalextremadura.com/fileadmin/documentos/Documentos_Tecnicos_SES/PLANES_DE_CUIDADOS_ENFERMEROS_EN_SM.pdf)
20. Gallego CT. Intervención Clínica de Enfermería. Esquizofrenia Paranoide. Trabajo de fin de grado. Universidad de Lleida. España. 2013. Disponible en: <http://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/46967/tgallegoc.pdf?sequence=1>
21. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10a ed. Madrid: Elsevier; 2007.
22. Hernández BZ, Nava GMG. Proceso de Atención de Enfermería en pacientes deprimidos. *Revista Mexicana de Enfermería Neurológica*. 2012; 11(3): 153-158. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123g.pdf>

23. Jiménez TL, Sáiz MPA, Bobes GJ. Suicidio y depresión. *Humanidades Médicas*. 2006; (9):1-16 Disponible en: [http://www.fundacionmhm.org/www\\_humanitas\\_es\\_numero9/articulo.pdf](http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero9/articulo.pdf)
24. Kozier EB. *Fundamentos de Enfermería*. 5ª ed. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana 1998, pág.3
25. Langevin B. *Comprender los dibujos de mi hijo*. Argentina: Obelisco. 2014.
26. Leno GD. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología*. 2006;22:12-32. Disponible en: [http://www.ugr.es/~pwlac/G22\\_32Daniel\\_Leno\\_Gonzalez.pdf](http://www.ugr.es/~pwlac/G22_32Daniel_Leno_Gonzalez.pdf).
27. Marriner A, Railey M. *Nursing theories and their work*. 5ª ed. St. Louis: Mosby. 2002.
28. Miller, W. Mejorando la motivación para el cambio en el tratamiento del abuso de sustancias. Serie de Protocolo para mejorar el tratamiento. EEUU: 1999. p. 50-61. Disponible en: <http://www.attcnetwork.org/regcenters/productDocs/1/productpdf/.../TIP35.pdf>
29. Moreno FME. Importancia de los Modelos Conceptuales y Teorías de Enfermería: Experiencia de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la Sabana. *Revista Aquichan*. 2005;5(1):44-55. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74150105>.
30. Nogales II, Ulloa FRE, Rodríguez JH, Palacios CL, Vásquez MJ, Munguía MA, et al. Guía Clínica Depresión en Niños y Adolescentes. Guías Clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". Secretaría de Salud. México. s.f. Disponible en: <http://www.sap.salud.gob.mx>
31. Pérez HMJ. Operacionalización del Proceso de Atención de Enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2002; 10(2): 62-66. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en022d.pdf>
32. Piedrahita SLE, Mayerling PK, Romero AM. Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: la escuela como contexto. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*. 2012;17(2):136-148. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n2/v17n2a10.pdf>.
33. Posada VJA et al. Análisis Especial sobre Depresión e Indicadores de Suicidio. Grupos de investigación: Salud Mental y Observatorio de Salud Pública. Medellín 2010. Disponible en: [http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1142214\\_ANALISIS-ESPECIAL-SUICIDIO-Y-DEPRESION.pdf](http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1142214_ANALISIS-ESPECIAL-SUICIDIO-Y-DEPRESION.pdf)
34. Ramírez EN. Enfermería Basada en la Evidencia, una ruta hacia la aplicación en la práctica profesional. *Revista Enfermería en Costa Rica*. 2011;32(1):89-96. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n2/art7.pdf>.
35. Reina G. El Proceso de Enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral Científico*. Colombia 2010; 17:18-23. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>



36. Rebolledo MS, Lobato RMJ. Como afrontar la esquizofrenia. Una guía para familiares, cuidadores y personas afectadas. FEAFES. España. s.f. Disponible en: [https://www.fundacionpfizer.org/sites/default/.../pdf/esquizofrenia\\_baja.pdf](https://www.fundacionpfizer.org/sites/default/.../pdf/esquizofrenia_baja.pdf)
37. Rodríguez YE. Comités de evaluación ética y científica para la investigación en seres humanos y las pautas CIOMS 2002. Rev Acta Bioethica. 2004;X(1):38. Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/124432/comites-de-evaluacion-etica-y-cientifica-para-la-investigacion-en-seres-humanos-y-las-pautas-cioms-2002.pdf?sequence=1>.
38. Saavedra OGE, Luna VMF. Perspectiva de enfermería sobre la promoción de la salud mental de adolescentes. Revista Ciencia y Tecnología. 2013;9(2):49-63. Disponible en: <http://revistas.unitru.edu.pe/index.php/PGM/article/view/270>
39. Serrano PMD, Herrero VJA. Plan de Cuidados al paciente con trastornos del estado de ánimo. Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental. s.f. Disponible en: [http://tienda.enfermeria21.com/attachment.php?id\\_attachment6.pdf](http://tienda.enfermeria21.com/attachment.php?id_attachment6.pdf)
40. Servicio Andaluz de Salud. Recomendaciones sobre la detección, Prevención e Intervención de la conducta suicida. España. 2010. Disponible en: [https://feafes.org/publicaciones/Recomendaciones\\_prevenconsuicidio.pdf](https://feafes.org/publicaciones/Recomendaciones_prevenconsuicidio.pdf)
41. Slaikeu, K. Intervención en Crisis. Manual para práctica e investigación. 2ª ed. México: Manual Moderno; 2000. 575 pág.
42. Torres ALP y cols. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. Secretaría de Salud. México. 2010. Disponible en: [www.cenetec.salud.gob.mx/.../gpc/...Ansiedad/EyR\\_IMSS\\_392\\_10.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/.../gpc/...Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf)
43. Torres DGY, Berbesi FDY, Bareño SJ, Montoya VLP. Situación de Salud Mental del Adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. Universidad CES. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2010. Disponible en: <http://www.scp.com.co/ArchivosSCP/PDF/saludmentaladolescencocolombia.pdf>
44. Vega AOM, González EDS. Teoría del Déficit de Autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Revista Ciencia y Cuidado. 2007;4(4): 28-35. Disponible en: [http://www.enfermeriaaps.com/portal/download/TEORIAS\\_Y\\_MODELOS\\_DE\\_ENFERMERIA/Teoria\\_del\\_deficit\\_de\\_autocuidado.pdf](http://www.enfermeriaaps.com/portal/download/TEORIAS_Y_MODELOS_DE_ENFERMERIA/Teoria_del_deficit_de_autocuidado.pdf)
45. Womble DM. Introducción a la enfermería de la salud mental. 2ª edición. Ed. Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins. España 2012.
46. World Health Organization. Depression. Geneva: World Health Organization; 2007. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en).

# ANEXOS

## ANEXO 1. MODELO DE INTERVENCIÓN EN CRISIS DE SLAIKEU

En la siguiente imagen se puede visualizar el Modelo de Intervención de Slaikeu organizado esquemáticamente por dos alumnos de la especialidad en enfermería en salud mental de la generación 2014-1, 2014-2, la cual es de utilidad para guiar dicha intervención.

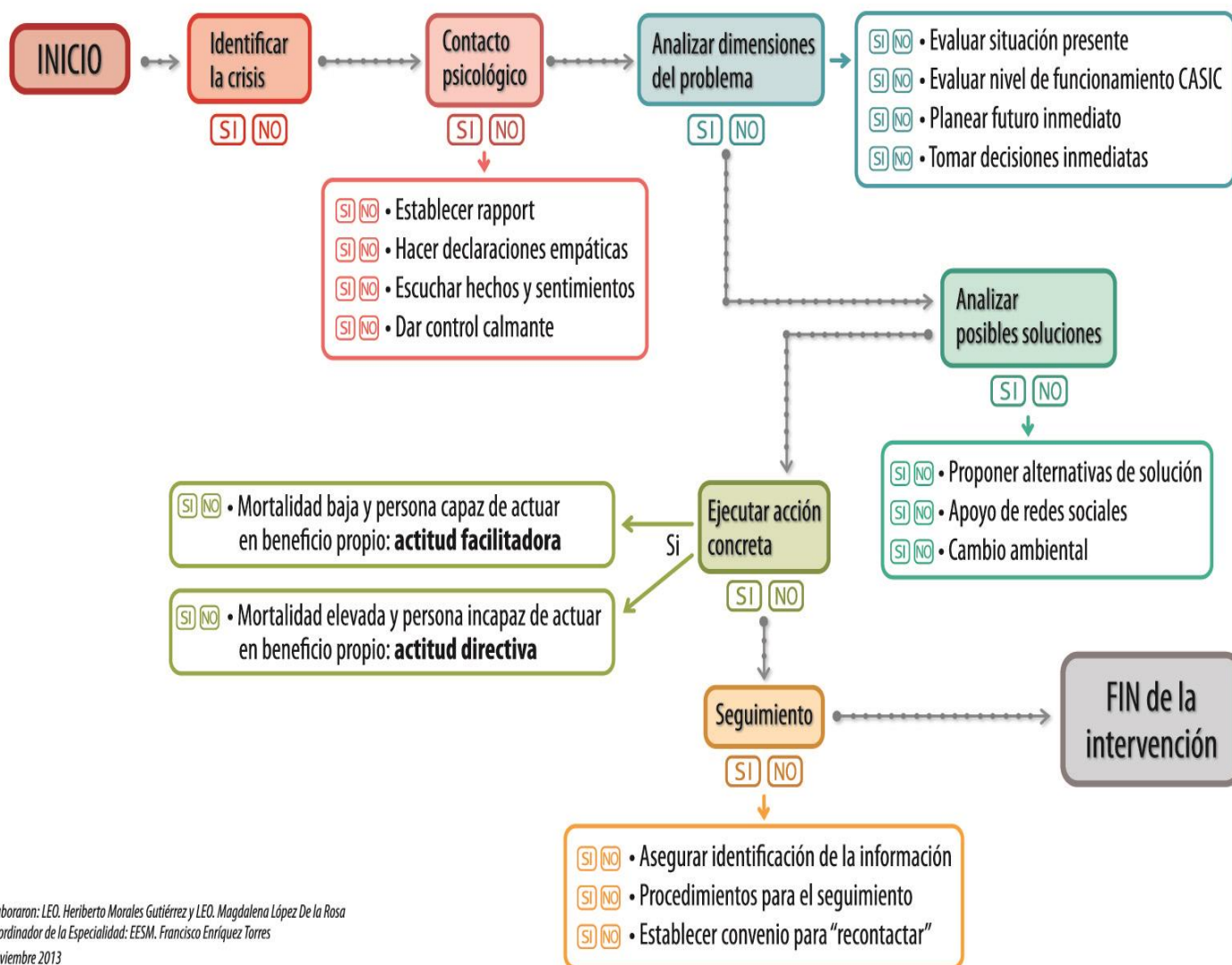


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO. ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA. DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ - ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL





### INTERVENCIÓN EN CRISIS (MODELO SLAIKEU)

OBJETIVO. Restablecer de manera inmediata el afrontamiento de la persona en crisis, proporcionando primeros auxilios psicológicos.



Elaboraron: LEO, Heriberto Morales Gutiérrez y LEO, Magdalena López De la Rosa  
Coordinador de la Especialidad: EESM, Francisco Enriquez Torres  
Noviembre 2013

## ANEXO 2. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL SEDE: INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ	
---	---	---

**FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

ACTIVIDADES PRÁCTICAS ASOCIADAS A LA ASIGNATURA ATENCIÓN DE  
ENFERMERÍA I  
CENTRO DE SALUD T-III

Fecha: 02. Diciembre. 2014

Buenos días:

Mi nombre es: Joselin Cruz Palomera y actualmente participo en el Programa para la formación de enfermeras especialistas en salud mental, cuya sede académica se ubica en Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". El interés de este programa es formar especialistas para brindar acompañamiento emocional y/o como facilitador para la resolución de alguna situación difícil que afecta a su bienestar, en distintas poblaciones, hospitales, escuelas y centros comunitarios.


En esta ocasión el equipo se encuentra brindando sus servicios en , razón por la cual estamos solicitando su colaboración voluntaria para participar en una valoración, cuya finalidad es detectar alguna situación física o psicológica la cual afecte a su salud.

La valoración tiene una duración aproximada de una hora y en ella se abordarán temas relacionados con su salud. No hay ningún riesgo conocido para que usted participe en ella. Sin embargo, usted está en toda la libertad de responder o no a las preguntas que se le planteen e incluso de abandonar la entrevista si así lo decide; cabe señalar que de ninguna manera está obligada(o) a participar en esta actividad.

Durante la misma puede o no estar presente la tutora clínica Wendy A. Goñy Gonzalez, quien se encargará de supervisar las actividades académicas con los alumnos de la especialidad y tomara algunas notas durante el proceso de valoración. La información que proporcione será **confidencial y anónima**, es decir que solo la entrevistadora y la tutora clínica tendrán conocimiento de la información, la cual será utilizada únicamente con fines académicos.

**Leí la información en este formulario de consentimiento (o me lo leyeron en voz alta).  
El entrevistador (a) dio respuesta a mis preguntas y entiendo que mi participación en esta entrevista es voluntaria e independiente del proceso de atención en la institución.**

Federica  
 Nombre y Firma de la persona entrevistada

Joselin Cruz Palomera   
 Nombre y Firma del entrevistador (a)

(madre)  
 Nombre y Firma del padre, madre o tutor (a)