



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DIRECCIÓN GENERAL DE DISEÑO DE POLÍTICAS,
PLANEACIÓN Y COORDINACIÓN SECTORIAL
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN
MÉDICA E INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.
CLAVE INCORPORACIÓN U.N.A.M. 3095-12
ACUERDO CIRE 203/99/DEL 25/06/1999

ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM

NOMBRE DE LA OPCIÓN: PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TÍTULO DEL TRABAJO ESCRITO:

**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A ADULTA JOVEN CON
DUELO INADECUADO, RELACIONADO ANTECEDENTES DE DUELOS NO
RESUELTOS EVIDENCIADO POR ANSIEDAD, SÍNTOMAS DEPRESIVOS,
EXPRESIÓN DE SENSACIÓN DE VACÍO Y CONDUCTA DE RIESGO SUICIDA.**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y
OBSTETRICIA

PRESENTA:

HILARY DANIELLA MARTÍNEZ JUÁREZ

DIRECTOR DE TRABAJO ESCRITO

MARIA ESTHER JÍMENEZ SANTANA

FECHA

MARZO 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DIRECCIÓN GENERAL DE DISEÑO DE POLÍTICAS,
PLANEACIÓN Y COORDINACIÓN SECTORIAL
DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN
MÉDICA E INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA U.N.A.M.
CLAVE INCORPORACIÓN U.N.A.M. 3005-12
ACUERDO CIRE 203/90/DEL 25/06/1990

SUBDIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN
ANEXO 13

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

LIC. MANOLA GIRAL DE LOZANO
DIRECTORA GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
P R E S E N T E.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito: Proceso Atención de Enfermería Aplicado a Adulta Joven con Duelo Inadecuado, relacionado Antecedentes de Duelos no resueltos evidenciado por Ansiedad, Síntomas Depresivos, Expresión de Sensación de Vacío y Conducta de Riesgo Suicida

Elaborado por:

1.	<u>Martínez</u>	<u>Juárez</u>	<u>Hilary Daniella</u>	No. Cuenta	<u>418530894</u>
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
	Apellido paterno	Materno	Nombre(s)	No. Cuenta	

Alumno (s) de la carrera de: Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Reúne (n) los requisitos para su impresión.

Ciudad de México; a 08 de marzo del 2023


Lic. Enf. María Esther Jiménez Santana
Nombre y firma del Asesora


Mtra. Vega Hernández Silvia
Directora Técnica de la carrera



ÍNDICE.

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. JUSTIFICACIÓN.....	4
III. OBJETIVOS.....	6
3.1. General.....	6
3.2 Específicos.....	6
IV. MARCO TEÓRICO.....	7
4.1 Enfermería como profesión disciplinar.....	7
4.1.1 Conceptos básicos de la enfermería que la sustentan como disciplina y profesión.....	8
4.2 El cuidado como Objeto de Estudio.....	9
4.2.1 Enfoque filosófico, teórico, metodológico y práctico.....	10
4.2.2 Tipos de cuidado.....	11
4.3 Modelos y Teorías de enfermería.....	12
4.3.1 Definición, objetivos y clasificación.....	14
4.3.2 Relación de los Modelos y Teorías con el Proceso Atención de Enfermería.....	16
4.3.3 Aspectos éticos y legales en la aplicación del P.A. E.....	16
4.3.4 Modelo o Teoría utilizado para la elaboración del P.A.E.....	18
4.4 El Proceso de Enfermería como herramienta metodológica para brindar cuidado a la persona.....	19
4.4.1 Definición, objetivos, ventajas y desventajas.....	20
4.4.2 Etapas del Proceso Atención de Enfermería.....	21
4.5 La persona.....	23
4.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales.....	23
4.5.2 Padecimientos más frecuentes.....	26
4.5.3 Descripción del padecimiento.....	26
4.5.4 Salud mental.....	26
Salud mental en el contexto mundial.....	26
Salud mental en México.....	27
4.5.5 Depresión.....	28
Epidemiología.....	28
Signos y síntomas.....	28

Niveles de depresión.....	29
Diagnóstico.....	29
Tratamiento.....	30
4.5.6 Ansiedad.....	31
Factores de riesgo.....	32
Diagnóstico.....	32
4.5.7 Suicidio.....	33
Antecedentes.....	33
Epidemiología.....	34
Factores de riesgo.....	35
Tipos de suicidio.....	35
Momentos del suicidio.....	36
Estudio multidimensional del suicidio.....	37
Prevención del suicidio.....	38
Intervención: primeros auxilios psicológicos.....	39
Respuestas por parte de la familia a la muerte por suicidio.....	41
4.5.8 Tipos de duelo.....	41
Elisabeth Kubler- Ross y las cinco etapas del duelo.....	42
Estrategias de afrontamiento.....	43
V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	47
5.1 Presentación del Caso Clínico.....	47
5.2 Valoración inicial y continua (Identificación de necesidades).....	49
5.3 Diseño y priorización de los diagnósticos de enfermería.....	63
5.4 Plan de Intervención de enfermería.....	66
5.5 Ejecución.....	88
5.6 Evaluación.....	88
5.7 Plan de alta.....	90
ANEXOS.....	92
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
CONCLUSIONES.....	111
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	112

I. INTRODUCCIÓN.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermera(o), lo que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Siguiendo estos principios el presente trabajo fue aplicado a una mujer adulta joven, etapa denominada edad adulta, cabe señalar que es más lo que se ignora que lo que se conoce, en gran medida por la máxima complejidad y diferenciación inter e intraindividualidad de las personas. Se supone que después de la adolescencia, se alcanzan niveles más altos de maduración biológica y los procesos psicológicos ya no dependen tanto de ella sino de la historia particular del sujeto y la asimilación de sus experiencias condicionada por factores de la sociedad y a las variables cambiantes dentro de esta.

El caso clínico que se presenta, se trata de una mujer adulta joven con un duelo inadecuado que ha generado una conducta suicida, entendida como “preocupación o acto que intencionalmente inflija un daño o cause la muerte de sí mismo”¹ siempre y cuando no sea intervenida adecuadamente por especialistas en salud mental. Cabe mencionar que la persona en estudio cuenta con antecedentes de la pérdida de un embarazo y la de su pareja que la ha conducido a dos intentos de suicidio, uno con arma blanca y el segundo con medicamentos.

En este sentido, es importante destacar que la atención a la salud mental debe de ser un asunto prioritario en la formulación de políticas públicas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. En el año 2019, esta misma instancia reportó que escala mundial una de cada ocho personas sufre de algún trastorno mental; su prevalencia varía en función de edad y sexo, así mismo, destaca que posterior a la pandemia

¹ Silva Daniel, Vicente Benjamín, Saldivia Sandra, Kohn Robert. Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. Rev. méd. Chile [Internet]. 2013 Oct; 141(10): 1275-1282. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001000006

por COVID-19, la ansiedad y los trastornos depresivos se han incrementado considerablemente entre un 26% y 28%.²

En México según datos del Consejo Nacional de Salud Mental y Adicciones en 2020 reportó una prevalencia anual de trastornos mentales y adicciones de casi una quinta parte de la población total, las personas afectadas no todas presentan los padecimientos con la misma intensidad. Los casos pueden ser trastornos leves en un 33.9%, moderados 40.5% y solo el 25.7% trastornos graves o severos. (anexo 1). Estimaciones de Banco Mundial reportan que para 2023 existirán alrededor de 130.262.220 personas con una densidad poblacional moderada de 66 habitantes por Km², que corresponde a la quinta parte de esta población (26, 052.444) padecerán estos trastornos.³

Las consecuencias del manejo de un duelo inadecuado o crónico son la depresión en sus diferentes niveles, la cual se caracteriza por cambios en el estado de ánimo con síntomas cognitivos y físicos;⁴ ansiedad, entendida como un estado emocional displacentero⁵ y conducta suicida; en cuanto a esta última o “**suicidio**” la OMS la definió como el acto de quitarse la vida.⁶ Con base en lo anterior, este trabajo está estructurado de la siguiente manera.

En el apartado I se hace una breve descripción del marco Disciplinar de Enfermería en el cual se narra una breve reseña de la evolución de la disciplina como profesión con bases epistemológicas y filosóficas y deontológicas necesarias para prescribir intervenciones a fin de mejorar los resultados en beneficio del paciente, utilizando

² Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [Internet]; 2022. Disponible en: <file:///C:/Users/EndUser/Downloads/9789240051966-spa.pdf>

³ Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones. Consejo Nacional de Salud Mental y Adicciones. México: Secretaría de Salud; 2020. [Internet]; Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/647723/SAP-DxSMA-Informe_2_.pdf

⁴ Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2015. [Internet]; Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/161GER.pdf>

⁵ Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2015. [Internet]; Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/161GER.pdf>

⁶ Comunicación, infancia y adolescencia. Guía para periodistas, Argentina: UNICEF, 2017. [Internet]; Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>

modelos y teorías propios, de los cuales algunos fueron incluidos como la Teoría de las 14 Necesidades, Teoría del Duelo Disfuncional y el Modelo de la Marea en la recuperación de la salud mental. De igual manera, hace una breve descripción de las características biopsicosociales y espirituales de la persona y los principales padecimientos en este grupo etario relacionados con la salud mental.

EL apartado II, corresponde Aplicación del Proceso Atención de Enfermería en el cual se presenta el caso clínico, así como los instrumentos de valoración aplicados, a través de los cuales se logró identificar las principales necesidades alteradas, jerarquizarlas, elaborar los diagnósticos de enfermería, establecer un plan de intervención y evaluarlo.

Es importante destacar que el profesional de enfermería cuenta con un perfil que permite atender a través del trabajo en equipo los problemas prioritarios de salud mental, así como realizar la búsqueda de la información, el análisis y la síntesis que desarrolle su pensamiento crítico y una mejor toma de decisiones para implementar estrategias e intervenciones que fortalezcan y potencialicen el autocuidado en pacientes con dicha problemática. Con base en lo anterior, este trabajo tiene como propósito coadyuvar identificar oportunamente factores de riesgo que pueda llevar a una persona a la consumación del acto suicida.

II. JUSTIFICACIÓN.

Etimológicamente, la palabra “suicidio” se deriva de “homicidio”, que significa acto de matarse voluntariamente. La Organización Mundial de la Salud definió al suicidio como “el acto deliberado de quitarse la vida”.⁷ El suicidio no solo debe de ser explicado por cuestiones individuales, sino también por los condicionantes sociales que en la mayoría de los casos determinan tal acción. También los suicidios son actos con un significado social. Según Miralles, una persona cuyo objetivo principal es dejar de existir, no se suicida si no es para comunicar el significado exacto de su acción, tanto para ella misma como para los demás. El suicidio sigue siendo una de las principales causas de muerte en todo el mundo, según las últimas estimaciones de la OMS, cada año pierden la vida más personas por suicidio que por VIH, paludismo, cáncer de mama, o por guerras y homicidios. En 2019, se suicidaron más de 700,000 personas, lo que lo ha llevado a ocupar la cuarta causa de mortalidad entre las personas de 15 a 29 años.⁸

Las estadísticas, en su mayoría arrojan que el 25% de quienes intentaron una vez, lo intentará nuevamente al año siguiente y el 10% lo logrará en un plazo de diez años. Entre 45% y 70% de quienes intentan suicidio sufren depresión con rasgos de impulsividad, agresividad, alcoholismo y a menudo están unidos a una pérdida reciente. El método más usado en los hombres es el ahorcamiento, seguido por armas de fuego. En la mujer es el envenenamiento mediante la ingestión de benzodiazepinas, barbitúricos, analgésicos y antibióticos, principalmente.⁹

En México, cifras preliminares publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) arrojaron que en el año 2021 se registraron 8,351 fallecimientos por lesiones autoinfligidas en el país, lo que representó una tasa de suicidio de 6.5 por cada 100 mil habitantes. De esa cifra 16.2 suicidios por cada 100 mil habitantes

⁷ Comunicación, infancia y adolescencia. Guía para periodistas, Argentina: UNICEF, 2017. [Internet]; Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>

⁸ Una de cada 100 muertes es por suicidio. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Ginebra, 17 de junio 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/cada-100-muertes-es-por-suicidio>

⁹ Día mundial para la prevención del suicidio. Suprema Corte de Justicia de la Nación. [Internet];2021. Disponible en: <https://www.scjn.gob.mx/informate/dia-mundial-para-la-prevencion-del-suicidio-0>

corresponden a hombres entre 15 a 29 años. De estos decesos, la tasa de suicidio en los hombres es de 10.9 por cada 100 mil (6 785) y en las mujeres de 2.4 por cada 100 mil (1 552). (*anexo2*).¹⁰

Los datos arriba expuestos reflejan que actualmente la muerte por suicidio es un problema de salud pública complejo, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales, de tal manera que es fundamental identificar oportunamente la conducta suicida, por lo tanto, es imperante identificar los factores de riesgo y de protección.

Según la Suprema Corte de Justicia, los factores de riesgo en los niños y adolescentes entre otros, se encuentra la historia psiquiátrica familiar, enfermedades mentales, la pérdida de un ser querido, la depresión, aislamiento social, abuso de drogas y alcohol. En las mujeres y hombres, la violencia doméstica, el estrés en el ámbito familiar, las enfermedades mentales, las adicciones y los entornos familiares problemáticos. En los adultos mayores la depresión, el dolor físico a causa de una enfermedad, el aislamiento social y familiar.¹¹

En función de lo anterior, es importante destacar a la familia, ya que esta juega un papel fundamental para su prevención, siempre y cuando sea funcional en razón de es la primera red de apoyo y que cuenta con estilos propios para hacer frente a los problemas (mecanismos de defensa colectiva). En cuanto a los profesionales de enfermería es imperante conocer los datos antes expuesto a fin de al identificar de manera temprana personas con conductas de riesgo suicida a fin de implementar estrategias para mejorar la salud mental. Con base a lo anterior, el presente PAE, tiene como propósito implementar acciones basadas en un marco filosófico, epistemológico y metodológico que coadyuve a disminuir la conducta suicida mediante intervenciones integrales en sus dimensiones biológica, psicológica, social y espiritual con énfasis en la salud mental que contribuyan a mejorar su

¹⁰ Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. INEGI. [Internet];2022. Disponible en: file:///C:/Users/EndUser/Downloads/EAP_SUICIDIOS22.pdf

¹¹ Día mundial para la prevención del suicidio. Suprema Corte de Justicia de la Nación. [Internet];2021. Disponible en: <https://www.scjn.gob.mx/informate/dia-mundial-para-la-prevencion-del-suicidio-0>

estabilidad emocional, tanto de manera individual como en su ámbito familiar a fin de mejorar su calidad de vida.

III. OBJETIVOS.

3.1. General.

Elaborar y aplicar un Proceso de Atención de Enfermería a una paciente con duelo inadecuado y riesgo de conducta suicida mediante la implementación de acciones basadas en un marco filosófico, epistemológico y metodológico que coadyuven cerrar el duelo y disminuir la conducta suicida, mediante intervenciones en su dimensión biológica, psicológica, social y espiritual, con énfasis en la salud mental a fin de mejorar su estabilidad emocional, tanto individual como familiar.

3.2 Específicos.

- Realizar una valoración mediante la implementación del método directo e indirecto, a través de la aplicación de instrumentos, tales como la valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Hamilton para la Depresión.
- Desarrollar diagnósticos de enfermería basados en las taxonomías NANDA, NOC y NIC, enfocados a los problemas de salud reales y potenciales previamente detectados dando prioridad a los que pongan en riesgo su vida.
- Planificar las estrategias de intervención a realizar conducentes a la prevención de conducta suicidio, mantenimiento y mejoría del estado de salud.
- Ejecutar el plan de cuidados, mediante la realización de las intervenciones de enfermería y actividades dirigidas a la resolución de los problemas.
- Evaluar el estado de salud del paciente en estudio, comparando con los resultados obtenidos con los esperados a fin de determinar si fueron logrados los objetivos propuestos.

IV. MARCO TEÓRICO.

4.1 Enfermería como profesión disciplinar.

A mediados del siglo XIX, Florence Nightingale reconoció el objetivo singular de la enfermería y declaró que el conocimiento enfermero era diferente del conocimiento médico. Describió que la función propia de las enfermeras era situar al paciente en la mejor condición para que la naturaleza (Dios) ejerciera su acción sobre él. Nightingale expuso que los cuidados de los enfermos se basen en el conocimiento de las personas y en su entorno, una base de conocimientos diferente a la que usan los médicos en su ejercicio profesional.

Con el devenir del tiempo, la necesidad de tener un cuerpo de conocimiento especializado para el reconocimiento de la enfermería como una profesión fue la fuerza impulsora durante el siglo XX. Dada la importancia de los profesionales de enfermería para la salud de una nación, en los inicios del siglo XX, los estudios de enfermería fueron legislados y dirigidos por sociólogos que recomendaban que la enfermería se desarrollara como profesión.¹²

Al considerar a enfermería como una disciplina profesional, su conocimiento debe orientarse a dar sustento y respuesta a las necesidades de la práctica. Si los conocimientos que genera no suplen las necesidades de la práctica no habrá un desarrollo coherente que permita su evolución, un aspecto a considerar es la confusión que se ha tenido entre disciplina profesional y práctica profesional, dado que la disciplina hace referencia al conocimiento aplicado en una rama específica del saber, y la práctica es el desempeño, la técnica, es decir el quehacer. La práctica soluciona problemas del aquí y el ahora del individuo al cual atiende, mientras que la disciplina es más amplia porque entrelaza pasado, presente y futuro mediante un cuerpo de conocimientos que dan argumentos para el desempeño en el ámbito hospitalario, comunitario, gerencial, educativo e investigativo o en otro donde la enfermera busque desarrollar ese conocimiento.¹³

¹² Martha Raile Alligood. Ann Marriner Tomey. Modelos y teorías en enfermería. 2014, 8° edición.

¹³ Blasco-León M, Rubí Ortiz-Luis S, Virtudes É, Moral B. Ética y valores en enfermería. Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc. [Internet]. 2016;24(2):145-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2016/eim1621.pdf>

4.1.1 Conceptos básicos de la enfermería que la sustentan como disciplina y profesión.

La enfermería es un arte y una ciencia. El profesional de enfermería debe aprender a prestar cuidados con arte, compasión, afecto y respeto por la dignidad y la individualidad de cada paciente. 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 se traduce en la consolidación del desarrollo conceptual, el crecimiento del cuerpo de conocimientos y la aceptación de enfermería como una disciplina profesional.

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.

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.

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, o grupo; en este contexto se da una situación de interacción entre el sujeto de cuidado y el entorno, en la que uno y otro inciden significativamente para construir permanentemente prácticas de comportamiento,

significados, actitudes, creencias y valores que determinan la salud del sujeto de cuidado.

El Ser de Enfermería.

En este contexto ha de quedar claro que el cuidado de enfermería es la esencia y el sentido de la disciplina; alrededor de él gira, tanto el desarrollo conceptual como el ejercicio profesional, la investigación y la formación del recurso humano.

El Quehacer de Enfermería.

Se refiere al desarrollo de acciones contempladas en el ejercicio disciplinar; por lo tanto, este concepto implica que la intervención de Enfermería abarca la participación en la definición de políticas públicas referidas a salud, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento oportuno y la rehabilitación del sujeto de cuidado.¹⁴

4.2 El cuidado como Objeto de Estudio.

Para Leninger, el cuidado es visto como aquellos actos de asistencia, de soporte o facilitadores que van dirigidos hacia otro ser humano, con diversas necesidades, ya sean reales o potenciales, con el fin de mejorar la calidad de vida.¹⁵

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, el cual se puede definir como una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida. Se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. Sin embargo, existen situaciones que influyen en el quehacer del profesional de enfermería, olvidando en algunos momentos, que la esencia de ésta, es el respeto a la vida y el cuidado profesional del ser humano y establece las condiciones necesarias y suficientes para que se dé el cuidado que incluyen:

¹⁴ Victoria Eugenia Cobal E. Mildred Guarnizo T. Enfermería como disciplina. Revista Colombiana de Enfermería. [Internet]. Págs. 73-81 Vol. 6. Disponible en: <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/1436/1042>

¹⁵ Natividad Pinto Afanador. El cuidado como objeto de conocimiento de enfermería. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. [Internet]. Pag.43-51 Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16312/17244>

- Conciencia y conocimiento sobre la propia necesidad del cuidado.
- Intención de actuar con acciones basadas en el conocimiento.
- Cambio positivo como resultado del cuidado.

Cuidar implica conocer a cada ser humano, interesarse por él, lo cual exige un esfuerzo de atención, una concentración a veces más agotadora que el esfuerzo físico. Sin olvidar que la calidad del cuidado de enfermería nunca es un accidente, siempre es el resultado del esfuerzo. ¹⁶

4.2.1 Enfoque filosófico, teórico, metodológico y práctico.

La filosofía y la enfermería son disciplinas científicas que comparten fenómenos de estudio como el ser humano en el proceso de su existencia, así como la forma de relacionarse con la salud, la enfermedad, el dolor y la muerte. La perspectiva filosófica permite reflexionar sobre los fenómenos de estudio de la enfermería e indagar en sus fundamentos, relaciones, origen, finalidades y trascendencia, con el objetivo de encontrar los campos de interacción disciplinar y las interrelaciones profesionales. La filosofía es la “búsqueda del saber”; por sus raíces etimológicas es “amor por la sabiduría” y se puede definir como la ciencia encargada de investigar las causas y leyes que subyacen a la realidad. También se ocupa de la búsqueda de la comprensión del procedimiento correcto del razonamiento, de la realidad y de la verdad absoluta, de los seres humanos, las deidades, del mundo y la determinación de la forma correcta de vivir. La enfermería se beneficia de la filosofía, ya que ella se rigen sus métodos a través de la lógica, la ética y la estética y la epistemología (teoría del conocimiento) en la investigación filosófica, y la ciencia enfermera se basa en dos ramas filosóficas: el racionalismo y el empirismo.

Finalidad de la filosofía en enfermería:

- Comprender las razones y relaciones fundamentales de los seres humanos y el medio ambiente.
- Enfocar la enfermería como disciplina científica.

¹⁶Juárez Rodríguez PA, de Lourdes García-Campos M. La importancia del cuidado de enfermería [Internet]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2009/eim092j.pdf>

- Elaborar un sistema personal de creencias sobre los seres humanos, medio ambiente, salud y enfermería como un proceso.¹⁷

4.2.2 Tipos de cuidado.

El cuidado es una necesidad humana esencial, necesaria para la salud y para la supervivencia de todas las personas. Está constituido por el conjunto de intervenciones surgidas de la interrelación entre el sujeto y el objeto del cuidado, sustentadas en el conocimiento científico, técnico y disciplinar y 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.¹⁸

Para Marie Françoise Collière “cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades” representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y por función mantener a los seres vivos para permitirles reproducirse y perpetuar la vida”.¹⁹

Care (cuidado): Son los cuidados de costumbres habituales o cuidados de conservación y mantenimiento de la vida, de los seres vivos desde el principio de los tiempos, los cuidados nacen a partir de necesidades básicas y representa todos los cuidados permanentes y cotidianos que tiene como única función la preservación de la vida.

Cure (curar): Son los cuidados de curación que garantizan la continuidad de la vida curando todo aquello que la obstaculice. (Monitorización de signos vitales, administración de medicamentos, etc.)²⁰

¹⁷ Díaz M. G. Filosofía de la ciencia del cuidado Analogía del mito de la caverna de Platón con la profesión de enfermería. Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud. México. 2013 [Internet] Vol. 2, Núm. 3. Disponible en: [file:///C:/Users/EndUser/Downloads/Dialnet-FilosofiaDeLaCienciaDelCuidadoAnalogiaDelMitoDeLaC-5045738%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/EndUser/Downloads/Dialnet-FilosofiaDeLaCienciaDelCuidadoAnalogiaDelMitoDeLaC-5045738%20(2).pdf)

¹⁸ Victoria Eugenia Cobal E. Mildred Guarnizo T. Enfermería como disciplina. Revista Colombiana de enfermería [Internet]. Vol. 6. Disponible en: <https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/1436/1042>

¹⁹ Ortega VC. El cuidado de enfermería. Rev. Mex. Enf. Cardiol. 2002;10(3):88-90. [Internet] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en023a.pdf>

²⁰ Alberto Caudevilla González. Cuidar: un paseo por la historia de la enfermería. Universidad de la Laguna. 2019 [Internet]. Disponible en:

4.3 Modelos y Teorías de enfermería.

Teoría del duelo disfuncional.

Teoría formulada por Gaskill Eakes, Mary Lermann Burke y Margaret A. Hainsworth quienes postulan que el duelo disfuncional es la discrepancia continua por una pérdida, que es generalizada y permanente y que los síntomas de duelo se repiten periódicamente y son potencialmente progresivos. Esta teoría también describe el fenómeno del duelo disfuncional como una respuesta normal continúa creada por la pérdida, por eso se mencionan diversas estrategias de abordaje dividiéndolas en internas y externas, dentro de las internas se encuentra las:

Cognitivas: motivar a la persona a pensar positivamente, aprovechar algo al máximo y no intentar combatirlo.

Abordaje inter-personal: acudir a sesiones con un psiquiatra, unirse a un grupo de auto ayuda o hablar con los demás.

Estrategia emocional: expresar las emociones y el llanto.

La gestión externa son intervenciones proporcionadas por profesionales de la salud que ayudan a las poblaciones afectadas a aumentar su bienestar a través de diferentes roles de presencia empática, con experiencia en docencia y en el cuidado y con competencia profesional. El duelo disfuncional es una respuesta humana normal. Diagnosticar el duelo disfuncional y ofrecer intervenciones está dentro del ámbito del ejercicio de la enfermería. Las enfermeras pueden ofrecer una guía anticipatoria a individuos de riesgo.

Phil Barker: El modelo de la marea en la recuperación de la salud mental.

El Modelo de la Marea es un método filosófico para la recuperación de la salud mental. Es una visión del mundo que ayuda a la enfermera a empezar a comprender qué puede significar la salud mental para una persona y cómo se puede ayudar a la

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/15101/Cuidar%20un%20paseo%20por%20la%20historia%20de%20Enfermeria..pdf?sequence=1#:~:text=Este%20trabajo%20consiste%20en%20un,n%C3%BAcleo%20de%20trabajo%3A%20los%20cuidados.>

persona para iniciar el complejo viaje de la recuperación. Los valores del Modelo de la Marea, reflejan una filosofía de cómo esperaríamos que nos trataran si nos encontramos con un malestar o dificultad en nuestras vidas. Por tanto, no es prescriptivo, sino más bien son principios (los diez compromisos de la marea) que son la brújula metafórica para el profesional, lo cuales orientan a la enfermera en el desarrollo de respuestas para satisfacer las necesidades individuales y contextuales unidas de la persona que ahora es el paciente.²¹

Los diez compromisos del modelo de la marea.

1. Valorar la voz.	Escucha activa.
2. Respetar el lenguaje.	Animar a la persona a hablar en sus propias palabras, utilizar un lenguaje técnico, claro y entendible.
3. Desarrollar la curiosidad genuina.	Mostrar un interés por la persona y su situación, para que se logre entender de mejor manera las circunstancias por las cuales se encuentra cursando.
4. Llegar a ser el aprendiz.	Aprender de la persona qué es necesario hacer, más que dirigir, ya que no se puede conocer la experiencia de una persona.
5. Utilizar el equipo de herramientas disponible.	Utilizar herramientas para la recuperación, basándose en las experiencias pasadas, tales como métodos empleados que funcionaron.
6. trabajar un paso más allá.	Trabajar junto con la persona en el “yo ahora”: para analizar que debería de realizarse en el ahora y a su vez ayudar a avanzar hasta el siguiente paso.
7. Dar el don del tiempo.	Dedicar tiempo para la comunicación interpersonal, para encontrar estrategias de solución de los que “debe hacerse”.

²¹ Martha Raile A. Ann Marriner T. Modelos y teorías en enfermería. 2014; 8ª edición.

8. Revelar la sabiduría personal.	Ayudar a la persona valorar la sabiduría, para que pueda utilizarse como apoyo durante el viaje de recuperación.
9. Saber que el cambio es constante.	Ayudar a la persona para que deje de estar en peligro y con malestar
10. Ser transporte.	Incrementar la confianza, ayudando a la persona a comprender que se está haciendo y el por qué.

4.3.1 Definición, objetivos y clasificación.

Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones que proyectan una visión sistemática de un fenómeno, con el objetivo de describir, explicar, predecir y/o controlar los fenómenos. Un modelo sirve de guía para la práctica. El objetivo principal que desarrollan, es que muestran aquello que es esencial en la actuación de la enfermera permitiendo así, representar teóricamente las diversas intervenciones para la práctica del profesional.²²

Clasificación según Kérouac, et al.

PARADIGMA.	ORIENTACION.	ESCUELA.	AUTORA.	MODELO O TEORÍA.
Categorización	Salud pública Enfermedad		Florence Nightingale	Teoría del entorno.
Integración	Persona	Necesidades	Virginia Henderson	Definición de enfermería.
			Dorotea Orem	Teoría: Déficit del Autocuidado.
		Interacción	H. Peplau	Modelo: De Relaciones Interpersonales.
		Efectos deseables	D. Johnson	Modelo Del Sistema Conductual.
			C. Roy	Modelo De

²²Modelo y teorías de enfermería: características generales de los modelos y principales teóricas. Manual CTO Oposiciones de enfermería. [Internet] Disponible en: <https://www.berri.es/pdf/manual%20cto%20oposiciones%20de%20enfermeria%20%20pais%20vasco%E2%80%9A%20vol%C3%BAmen%201/9788417470050>

				Adaptación.
		Promoción de la salud	M. Allen	Modelo De Promoción de la salud en la familia.
Transformación	Mundo	Ser Humano Unitario	M. Rogers	Modelo del Ser Humano Unitario
		Caring	M. Leninger	Teoría De los cuidados Culturales.
			P. Benner	Del principiante al experto excelencia y poder de la enfermería clínica.

4.3.2 Relación de los Modelos y Teorías con el Proceso Atención de Enfermería.

La enfermería es una disciplina orientada a la práctica. El conocimiento enfermero se deriva de las ciencias básicas, la experiencia, la estética y los estándares de la práctica. A medida que la enfermería continúa creciendo como profesión, el conocimiento es necesario para prescribir intervenciones específicas con el fin de mejorar los resultados del paciente. Las teorías enfermeras y los conceptos relacionados continúan evolucionando. El objetivo global del conocimiento enfermero es explicar la práctica enfermera como diferente y distinta de la práctica de la medicina, psicología y otras disciplinas del cuidado sanitario.

La teoría genera conocimiento enfermero para usarlo en la práctica, apoyando así la práctica basada en la evidencia. La integración de la teoría en la práctica es la base de la enfermería profesional. En cuanto al proceso enfermero, se utiliza en los entornos clínicos para determinar las necesidades del paciente como individuo. Aunque el proceso enfermero es central para la enfermería, no es una teoría, solo proporciona un proceso sistemático para la prestación de los cuidados enfermeros, no es un componente de conocimiento de la disciplina. Sin embargo, una teoría puede orientar sobre cómo se puede usar el proceso enfermero. Por ejemplo, la teoría del cuidado influye en qué valorar, cómo determinar las necesidades del paciente, cómo planificar el cuidado, cómo seleccionar las intervenciones individualizadas y cómo evaluar los resultados.²³

4.3.3 Aspectos éticos y legales en la aplicación del P.A. E.

La enfermería es una profesión moralmente responsable. Históricamente, se ha caracterizado por ser una profesión con sentido humanístico a diferencia de las otras profesiones, incluida la medicina. En su currículo de formación, el aspecto ético-humanista en los cuidados de la salud es el eje rector en los cuidados de la salud de las personas.

²³ Fundamentos de Enfermería. Potter Perry. 2013; 8ª Edición.

Con la ética se analizan intelectualmente los valores morales de las personas, es decir, su naturaleza, su universalidad y su diversidad, es un rasgo característico de los seres humanos; en su conformación intervienen los factores culturales, la historia, las tradiciones, la educación y las creencias religiosas. Su función es la preservación de los derechos y la calidad de vida de los pacientes, y evitar que la ciencia se convierta en la aplicación y desarrollo de técnicas y aparatos sin un trasfondo emocional, social y humano. La ética estudia las razones de los comportamientos en la práctica de una profesión, los principios que regulan dichas conductas, las motivaciones y los valores del ejercicio profesional, así como los cambios y las transformaciones a través del tiempo.

En la profesión de enfermería, la ética sirve de guía para la toma de decisiones para que, al brindar los cuidados se pase de los hechos a los valores y a los deberes. Dentro de los deberes fundamentales está el compromiso moral de preservar la vida humana, asumir su defensa, definida como la acción que un defensor toma para representar la causa del otro. En la práctica involucra una relación enfermera/paciente para promover, prevenir, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.

La enfermería, al igual que otras profesiones ha establecido su *ethos*, definido como un conjunto de valores que una determinada profesión tiene y presenta a la sociedad; es el elemento por el que esta profesión es reconocida y merecedora de la confianza de la sociedad a través de un código de ética con los siguientes principios:

Principio de beneficencia: No hacer daño, siempre hacer el bien, el profesional de enfermería debe ser capaz de comprender al paciente a su cargo, y verlo como el mismo.

Principio de la no maleficencia: Evitar hacer daño, evitar la imprudencia, la negligencia. Prevenir el daño físico, social o psicológico.

Principio de la justicia: Significa la igualdad, la equidad y la planificación, exige tratar a todas las personas por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico o escolaridad.

Principio de autonomía: Es la capacidad que tiene la persona de tomar decisiones en relación con su enfermedad. Implica tener información de las consecuencias de las acciones a realizar. El mantenimiento de la autonomía del paciente supone considerarlo capaz para la toma de decisiones; para eso es necesario establecer una relación interpersonal sin coacción, ni persuasión, donde prevalezcan la información, las dudas y la consideración de los aspectos de su vida cotidiana.²⁴

4.3.4 Modelo o Teoría utilizado para la elaboración del P.A.E.

Virginia Henderson consideraba al paciente como un individuo que precisaba ayuda para conseguir independencia e integridad o integración total de mente y cuerpo. Postuló que la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica y que a través de un proceso interpersonal se puede desarrollar la empatía.

Su modelo está influido por el paradigma de la Integración situándose dentro de la Escuela de las Necesidades. Se basó en la Teoría de las Necesidades Humanas de Abraham Maslow para conceptualizar a la persona, así como de la fisiología y la psicología. Identificó 14 necesidades básicas, que van desde las necesidades físicas hasta las psicológicas:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los desechos corporales.
4. Moverse y mantener posturas deseables.
5. Dormir y descansar.
6. Seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse.

²⁴ Mora Guillart Liss. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Rev. Cubana Oftalmol. [Internet]; 28(2): 228-233. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009&Ing=es.

7. Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel.
9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones.
11. Rendir culto según la propia fe.
12. Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro.
13. Jugar o participar en diversas formas de ocio.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.

Para Henderson “la complejidad y la calidad del servicio está limitada únicamente por la imaginación y la competencia de la enfermera que lo interpreta”.²⁵

4.4 El Proceso de Enfermería como herramienta metodológica para brindar cuidado a la persona.

El Proceso de enfermería 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 tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de la salud”. También es un proceso dinámico, puesto que las necesidades de cuidado de las personas son cambiantes, mejoran, empeoran, aumentan, disminuyen, dependiendo del contexto, de la situación de salud-enfermedad, del tipo de necesidad.

Por ende, es oportuno, ya que se utiliza en un período de tiempo específico, con un plan de cuidado para cubrir unas necesidades puntuales, que al evaluarse puede modificarse o continuarse según la evolución del sujeto de cuidado. Es por esto que el PAE se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de enfermería.

²⁵ Martha Raile A. Ann Marriner T. Modelos y teorías en enfermería. 2014; 8ª edición.

De esta forma, para la aplicación del PAE se hacen necesarios unos requerimientos previos del profesional de enfermería como lo son los conocimientos, las habilidades y la crítica, el primero de ellos hace referencia a las bases teóricas de la enfermería que cuenta con filosofías, teorías, modelos conceptuales, investigaciones científicas propias de la profesión, pero también tiene alguna bases conceptuales de otras áreas del conocimiento, principalmente de las ciencias básicas, especialmente de la psicología y las ciencias sociales.²⁶

4.4.1 Definición, objetivos, ventajas y desventajas.

Definición.

El Proceso de Atención de Enfermería es una herramienta que sirve como apoyo en el desempeño profesional de enfermería, ya que permite identificar y priorizar los cuidados de una forma racional, lógica y sistemática para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia o la comunidad.

Objetivos.

Su objetivo es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados enfocados a las necesidades ya sea de manera individual, familiar o comunitaria.
- Actuar para prevenir o reducir los daños provocados por algún padecimiento, a través de los diversos cuidados enfermeros.
- Ayudar a mejorar la calidad de la atención brindada.

Ventajas.

²⁶ Reina GN C. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico [Internet]. 2010; (17):18-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>

- Genera habilidades cognitivas o intelectuales al profesional de enfermería, tales como el análisis del problema, resolución de problemas y pensamiento crítico.
- Desarrolla una base de conocimientos propia, para conseguir autonomía para la enfermería y reconocimiento social.
- Favorece que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada.²⁷

Desventajas.

Es visto como una “carga” más de trabajo, más que como un instrumento de mucha utilidad por medio del cual se puede sintetizar los cuidados a ejecutar, sin embargo, se podría complementar para que su utilización deje de ser limitada.

4.4.2 Etapas del Proceso Atención de Enfermería.

Está constituido por una serie de etapas subsecuentes, engranadas, interrelacionadas, que son cinco: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, donde cada una se relaciona permanentemente de forma cíclica y dinámica.

1. Valoración.

Consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de métodos directos como la observación que se utiliza desde el primer contacto con la persona e indirectos como la entrevista enfocada hacia identificación de las necesidades de cuidado que permite el acercamiento con la persona, al igual que el intercambio de experiencias y el examen físico cefalopodal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud-enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, exámenes de laboratorio y gabinete.

²⁷ Moya Quingaluisa M. F. Informe de investigación sobre: Factores que influyen en la no aplicación del proceso de atención en enfermería en el ámbito hospitalario. [Internet]; 2018 Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/28681>

Partiendo de ésta recolección de datos y la interacción enfermera sujeto de cuidado, se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente la persona y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera valora.

2. Diagnóstico.

Consiste en la identificación de los problemas de salud basado en las necesidades alteradas, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos NANDA, propios de enfermería, que incluye diagnósticos enfocados al problema, de riesgo, de promoción a la salud y se síndrome, los cuales cuentan con elementos como una definición, características definitorias y factores relacionados, los cuales se actualizan aproximadamente cada dos años; además de contar con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones de enfermería (NIC) y los resultados esperados en enfermería (NOC) que sirven de guía para los cuidados.

3. Planeación.

La tercera etapa consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados en los diagnósticos. En esta etapa se elaboran las metas u objetivos, se definen los resultados esperados, se establecen prioridades de cuidado y se organizan y registran en un plan, que puede ser según el ámbito de cuidado, individualizado o colectivo.

4. Ejecución.

Es la aplicación del plan de cuidado donde se desarrollan 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.

5. Evaluación.

Es la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente, es decir, se miden los resultados obtenidos. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios. Esta evaluación es cíclica y se realiza continuamente en cada una de las etapas del proceso citadas anteriormente, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de enfermería.²⁸

4.5 La 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 está en constante relación de reciprocidad con el entorno en el cual se desarrolla, y tiene características que lo hacen particular y diferente de otro similar.²⁹

4.5.1 Características biológicas, psicológicas y sociales.

Características biológicas.

La edad adulta joven es el período entre el final de la adolescencia y la mitad y el final de los 30 años. Los adultos jóvenes terminan normalmente su crecimiento físico al llegar la edad de 20 años.³⁰ Durante estos años, la mayoría de los jóvenes finaliza la escuela y elige entre trabajar a tiempo completo o proseguir su educación. Sin importar la elección del joven, muchos aspectos de su vida emocional serán los mismos.

²⁸ Reina GN C. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico [Internet]. 2010; (17):18-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>

²⁹ Victoria Eugenia Cobal E. Mildred Guarnizo T. Enfermería como disciplina. Revista Colombiana de Enfermería. Vol. 6. Pág. 73-81 [Internet]; Disponible en: [file:///C:/Users/EndUser/Downloads/Dialnet-EnfermeriaComoDisciplina-4036648%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/EndUser/Downloads/Dialnet-EnfermeriaComoDisciplina-4036648%20(1).pdf)

³⁰ Fundamentos de Enfermería. Potter Perry. 2013; 8ª Edición.

No obstante, a lo anterior, La forma de relacionarse cambia, se comienza a buscar relaciones más íntimas que ofrezcan y requieran de un compromiso por ambas partes, una intimidad que produzca sensación de seguridad, de no estar solo y de confianza. Cuando se evita este tipo de intimidad, el amor que puede desplegarse en estas relaciones más cercanas, se puede estar bordeando la soledad o aislamiento que puede derivar en depresión.

Sin embargo, etapa del desarrollo humano, no se caracteriza principalmente por los cambios físicos que se dan en la persona, pues no hay cambios tan notorios como los que se dan en la adolescencia, no obstante, sí existe un desarrollo biológico con las siguientes características:

- Un cuerpo plenamente vigoroso, fuerte, con mucha resistencia y energía.
- Fuerza muscular en su apogeo.
- Gran agilidad en los dedos y movimientos de sus manos.
- Incremento de los factores conductuales (alimentación, descanso y sueño suficiente, realización de actividad física, tabaquismo, consumen alcohol o drogas) contribuyen de manera importante a alcanzar un estado de salud y de bienestar o de enfermedad y trastornos emocionales.

Para tener un desarrollo físico favorable, se debe tener en consideración, la alimentación; pues es importante mantener una dieta balanceada, dormir las suficientes horas de sueño; es muy importante tener períodos de descanso, debido a que trabajar y estudiar sin descansar provoca que el cuerpo no realice bien las tareas, la influencia de los factores hereditarios; como enfermedades, etc.

Características psicológicas.

La salud emocional del adulto joven está relacionada con la habilidad individual de abordar y resolver las demandas personales y sociales. El adulto joven a menudo está atrapado entre querer prolongar la irresponsabilidad de la adolescencia y asumir los compromisos adultos. Sin embargo, ciertos patrones o tendencias son relativamente predecibles. Entre los 23 y los 28 años, la persona perfecciona su autopercepción y la capacidad para la intimidad. De los 29 a los 34 años dirige una

enorme cantidad de energía hacia el logro y dominio del mundo que le rodea. Estos cambios en las áreas personales, sociales y profesionales a menudo generan estrés que acaba en una “crisis de la mediana edad” en la que la pareja, el estilo de vida y la profesión se modifican.

En el ámbito laboral, se da una mayor adaptación profesional, ya que el éxito es importante en las vidas de la mayoría de varones y mujeres. El trabajo con éxito no sólo asegura estabilidad económica, sino que también conduce a la amistad, actividades sociales, apoyo y respeto de otros compañeros de trabajo.

En esta etapa, el joven busca su equilibrio emocional, afectivo, su estabilidad laboral y social con la formación de una pareja, los ayuda a construir un nuevo sistema que dará inicio de una nueva familia, lo que les genera una gran satisfacción por haber conseguido lo que querían, lo que repercute en el control sus emociones al encontrar intimidad con su pareja debido a las revelaciones mutuas, la sensibilidad a las necesidades de otra y la aceptación y el respeto de recíprocos.

Características sociales.

La socialización es relevante, pues es una de las fuentes donde los seres humanos obtienen aprendizajes y se comparte con otros. Por evolución, los seres humanos son sociales y requieren definirse como sujetos sociales a través de tres procesos: comunicación, interacción y socialización. Estos procesos sociales son muy importantes. Diferentes autores proponen que el tener un refuerzo social ayuda a las personas a disminuir sus dificultades a nivel psicológico. Ser reconocidos socialmente reafirma la identidad y la condición como sujeto social.

También, la socialización consolida un sistema de creencias, como la ideología política, que trasciende a un pensamiento social, integrador ya que define un estilo de vida y actitudes (pensar, actuar, sentir), percepciones (frente a sí mismo, el otro y lo otro).³¹

³¹ Nelso Antonio Bordignon. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. Revista lasallista de investigación; Vol. 2 No. 2. Pág. 50-63. [Internet]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>

4.5.2 Padecimientos más frecuentes.

En la adultez temprana suelen manifestarse por primera vez distintos desórdenes mentales como depresión, enfermedad que se diagnostica con mayor frecuencia y que constituye un factor de riesgo importante para el suicidio, el trastorno limítrofe de la personalidad, desórdenes alimenticios y trastorno bipolar, que, en muchos casos, se desencadenan debido a una mal adaptación a las exigencias que suponen los nuevos contextos y roles sociales en esta etapa y en muchas ocasiones las enfermedades mentales que se presentan son una continuidad de problemas que aparecieron en etapas anteriores del desarrollo.³²

4.5.3 Descripción del padecimiento.

4.5.4 Salud mental.

La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta las capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo. La salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales; constituye un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico. Se da en un proceso complejo en el que cada persona la experimenta de manera diferente, con diversos grados de dificultad, angustia, resultados sociales y clínicos.³³

Salud mental en el contexto mundial.

En todos los países, los trastornos mentales son muy frecuentes. Aproximadamente una de cada ocho personas en el mundo sufre algún trastorno mental. La prevalencia de los distintos trastornos mentales varía en función del sexo y la edad.

³²Armida Sandoval Mora. La adultez temprana. Psicología del Desarrollo Humano. Unidad II. [Internet]; Disponible en: <https://dges.uas.edu.mx/fisica/psicologiapdf/psicologia2/Desarrollo%20f%C3%ADsico%20del%20adulto%20joven.pdf>

³³ Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta. Organización Mundial de la Salud [Internet];2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

En 2019, una de cada ocho personas en el mundo (lo que equivale a 970 millones de personas) padecían un trastorno mental. Los más comunes son la ansiedad y los trastornos depresivos.

A su vez el suicidio, como consecuencia de los trastornos depresivos afecta a las personas y a sus familias en todos los países, en todos los contextos, y a todas las edades. A nivel mundial, se estima que puede haber 20 intentos de suicidio por cada fallecimiento, lo que representa más de uno de cada 100 fallecimientos, siendo una de las principales causas de muerte entre los jóvenes.

La ansiedad y los trastornos depresivos aumentaron considerablemente a principios del año 2020 debido a la pandemia de COVID-19; las estimaciones iniciales muestran un aumento del 26% y el 28%. Esta pandemia ha generado una crisis mundial de salud mental, alimentando el estrés a corto y largo plazo, y quebrantando la salud mental de millones de personas. Al mismo tiempo, los servicios de salud mental se han visto gravemente perturbados y la brecha terapéutica de los trastornos mentales se ha incrementado.³⁴

Salud mental en México.

Se estima una prevalencia anual de trastornos mentales y adicciones de casi una quinta parte de la población total. No obstante, las personas afectadas no presentan esos padecimientos en la misma intensidad, sino que van de trastornos leves en 33.9%, moderados 40.5% y graves o severos en un 25.7% de los casos.

Tomando en consideración la población total de México, se esperaría que 24.8 millones de personas presentaría algún trastorno mental al año. Según estimaciones de Banco Mundial para 2023 existirían alrededor de 130.262.220 personas de estas, 26, 052.444 (la quinta parte de esta población) padecerían

³⁴ Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general. Ginebra: Organización Mundial de la Salud[Internet]; 2022. Disponible en: <file:///C:/Users/EndUser/Downloads/9789240051966-spa.pdf>

trastornos mentales, siendo los más frecuentes la depresión en 5.3% de, seguido de trastorno por consumo de alcohol 3.3%, y trastorno obsesivo compulsivo 2.5%.³⁵

4.5.5 Depresión.

La depresión, según la OMS es un trastorno mental afectivo común y tratable, caracterizado por cambios en el ánimo con síntomas cognitivos y físicos. Es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor.³⁶

Epidemiología.

Se estima que la depresión afecta a más de 450 millones de personas en todo el mundo y que una de cuatro personas sufrirá algún problema de este tipo a lo largo de su vida, sin importar su edad o condición social, contribuye de manera muy importante a la carga mundial general de morbilidad.

En México la depresión ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. Los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) en México señalan que el 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento en su vida.³⁷

Signos y síntomas.

Apatía, descuido en labores cotidianas, cefalea, fatiga, dolores, alteraciones del sueño, propensión a infecciones, sentimientos de dolor profundo, de culpa, de soledad, tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, desesperanza, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, baja concentración, pensamientos de muerte o ideación suicida.

³⁵ Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones. Consejo Nacional de Salud Mental y Adicciones. México: Secretaría de Salud;2020. [Internet]; Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/647723/SAP-DxSMA-Informe_2.pdf

³⁶ Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2015. [Internet]; Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/161GER.pdf>

³⁷ Corea Del Cid MT. La depresión y su impacto en la salud pública. Rev. Méd. Hondur. [Internet]. 3 de mayo de 2021 89(Supl.1):46-52. Disponible en: <https://www.camjol.info/index.php/RMH/article/view/12047>

Durante un episodio depresivo, la persona afectada experimenta dificultades considerables en su funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional y en otros ámbitos importantes.

Niveles de depresión.

Los episodios depresivos pueden clasificarse en leves, moderados o graves, en función del número y la intensidad de los síntomas, así como de las repercusiones en el funcionamiento de la persona.

- **Depresión leve.**

Presenta baja del estado de ánimo y dos o tres manifestaciones más, como fatiga, alteraciones del sueño, del apetito, de la atención o concentración. Pero no afecta sus actividades de la vida diaria.

- **Depresión moderada.**

Presenta baja del estado de ánimo de forma importante, asociado a llanto fácil, agotamiento, molestias físicas, alteraciones del sueño, del apetito. Pensamientos de que “no vale nada”, “todo le sale mal”, aislamiento familiar o social. También se puede asociar ansiedad y nerviosismo. Se diferencia de la depresión leve porque afecta las actividades de la vida diaria.

- **Depresión grave.**

Presentan baja del estado de ánimo de forma severa, llanto, tristeza, aislamiento, pérdida del sueño, del apetito, de interés en todas sus actividades. Piensan que no deben seguir viviendo porque afectan a los demás, que no son capaces de hacer nada, que no valen nada. Por lo tanto, comienzan a planear como podrían quitarse la vida. Se diferencia de la depresión moderada porque se afectan por completo todas sus actividades de la vida diaria.

Diagnóstico.

Se deberá evaluar los síntomas relevantes para establecer el diagnóstico de depresión PSICACES (mnemotecnia).

- P- Psicomotricidad disminuida o aumentada.
- S- Sueño alterado (aumento o disminución).
- I- Interés reducido (pérdida de la capacidad del disfrute).
- C- Concentración disminuida.
- A- Apetito y peso (disminución o aumento).
- C- Culpa y autorreproche.
- E- Energía disminuida, fatiga.
- S- Suicidio (pensamientos).

Tratamiento.

Según la intensidad y tipología de los episodios depresivos a lo largo del tiempo, hay diversos tratamientos psicológicos, como la activación conductual, la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal, y/o medicamentos antidepressivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los antidepressivos tricíclicos.

Tratamiento farmacológico.

El tratamiento farmacológico está indicado en todos los casos de depresión, de leve a grave. Ningún antidepressivo ha demostrado superioridad sobre los otros. La meta del tratamiento es la remisión total de los síntomas y el restablecimiento funcional. La remisión disminuye el riesgo de recaídas y recurrencias mejorando el pronóstico.

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).
- Moduladores de la serotonina (antagonistas de los receptores 5-HT₂).
- Inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina.
- Inhibidor de la recaptación de noradrenalina-dopamina.

Terapia cognitivo-conductual.

Es una técnica psicoterapéutica que consiste en identificación de las creencias irracionales y actitudes distorsionadas hacia uno mismo, el entorno y el futuro que perpetúan los estados de ánimo depresivos.

Terapia interpersonal.

Es la técnica psicoterapéutica centrada en el duelo, conflictos en la función desempeñada, transición a nuevas funciones, aislamiento social, déficit en habilidades sociales y otros factores interpersonales que pueden influir en el desarrollo de la depresión.

Terapia de resolución de problemas.

Es una forma de intervención estructurada, breve y centrada en el aprendizaje de afrontar problemas específicos frecuentemente asociados a la depresión.

En la depresión leve-moderada se recomienda considerar un tratamiento psicológico breve (como la terapia cognitivo-conductual o la terapia de solución de problemas) 6 a 8 sesiones durante 10-12 semanas.

En la depresión moderada-grave se deberá llevar terapia cognitivo-conductual o la terapia interpersonal, 16 a 20 sesiones durante 5 meses.³⁸

4.5.6 Ansiedad.

La ansiedad es un estado emocional displacentero que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos.³⁹ Los trastornos de ansiedad se caracterizan por un miedo y una preocupación excesivos y por trastornos del comportamiento.

³⁸ Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2015. [Internet]; Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/161GER.pdf>

³⁹ Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, México; Secretaria de Salud, 2010. [Internet]; Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/392GRR.pdf>

Existen diferentes tipos de ansiedad.

- Trastorno de ansiedad generalizada: caracterizado por una preocupación excesiva.
- Trastorno de pánico: que se caracteriza por ataques de pánico.
- Trastorno de ansiedad social: con miedo y preocupación excesivos en situaciones sociales.
- Trastorno de ansiedad de separación: que es el miedo excesivo o la ansiedad ante la separación de aquellos individuos con quienes la persona tiene un vínculo emocional profundo.⁴⁰

Factores de riesgo.

- Historia familiar de ansiedad.
- Antecedente personal de ansiedad durante la niñez o adolescencia.
- Eventos de vida estresantes y/o traumáticos.
- Ideación suicida.
- Comorbilidad con trastornos psiquiátricos o existencia de una enfermedad médica.
- Consumo de sustancias.

Diagnóstico.

Para la elaboración del diagnóstico se deberá contar con la presencia de signos y síntomas de ansiedad, tales como:

- Los síntomas físicos: aumento de la tensión muscular, mareos, sensación de “cabeza vacía”, sudoración, fluctuaciones de la presión arterial, palpitaciones, síncope, taquicardia, parestesias, temblor, molestias digestivas, aumento de la frecuencia y urgencia urinarias, diarrea.
- Los síntomas psíquicos (cognoscitivos, conductuales y afectivos) predominantes son: intranquilidad, inquietud, nerviosismo, preocupación

⁴⁰ Trastornos mentales. Organización Mundial de la Salud. 2022[Internet]; Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

excesiva y desproporcionada, miedos irracionales, ideas catastróficas, deseo de huir, temor a perder la razón y el control, sensación de muerte inminente.

Se dará preferencia a la entrevista clínica para establecer el diagnóstico. Los instrumentos o escalas se utilizarán para complementar la valoración, son preferibles aquellos cuestionarios breves, fáciles de manejar e interpretar como la Escala de Hamilton para Ansiedad (HARS) y el Inventario de Beck.⁴¹

4.5.7 Suicidio.

Etimológicamente, la palabra “suicidio” se deriva de “homicidio”, que significa acto de matarse voluntariamente. la Organización Mundial de la Salud definió al suicidio como el acto deliberado de quitarse la vida.⁴²

Antecedentes

Desde la antigüedad, la historia del suicidio se ha abordado de manera general, sin hacer referencia a alguna población en específico. En las civilizaciones: mesopotámica, egipcia, griega y romana, ya se consideraba al suicidio como producto de un estado de ánimo melancólico; los escritores lo consideraron un acto que pone fin a una situación dolorosa.

Los escritos antiguos mencionan que cuando una persona presenta estado de ánimo melancólico “bilis negra”, se refiere a la descripción de una “tristeza profunda, permanente y sosegada, que es producida por causas físicas o morales, y quien la padece no encuentra, gusto ni diversión en nada de lo que realiza”. Desde el punto de vista religioso en la Edad Media, el suicidio era un pecado y un crimen, el cual merecía castigos, incautación de bienes, y la prohibición a la población de no mencionar el nombre del suicida.

En la segunda mitad del siglo XVIII, en el año 1790, Francia, se convierte en el primer país que logra cambiar la ley que juzgaba al suicidio como crimen y lo

⁴¹ Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, México; Secretaria de Salud, 2010. [Internet]; Disponible en:<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/392GRR.pdf>

⁴² Suicidio. UNICEF, 2017. [Internet]; Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>

considerándolo como un problema médico y social, consolida a la Psiquiatría como especialidad e integra al suicidio en las primeras clasificaciones de las enfermedades mentales. En la actualidad, el comportamiento suicida es considerado como problema epidemiológico-social ligado a una serie de agentes sociodemográficos, socio ambientales, psicológicos y biológicos que predisponen al individuo a seguir viviendo, acelerando su realización, unos con más fuerza que otros.⁴³

Epidemiología.

El suicidio sigue siendo una de las principales causas de muerte en todo el mundo, según las últimas estimaciones de la OMS, cada año pierden la vida más personas por suicidio que por VIH, paludismo o cáncer de mama, o por guerras y homicidios. En 2019, se suicidaron más de 700,000 personas, lo que lo ha llevado a ocupar la cuarta causa de mortalidad entre las personas de 15 a 29 años.⁴⁴ Las estadísticas, en su mayoría arrojan que el 25% de quienes intentaron una vez, lo intentará nuevamente al año siguiente y el 10% lo logrará en un plazo de diez años. Entre 45% y 70% de quienes intentan suicidio sufren depresión con rasgos de impulsividad, agresividad, alcoholismo y a menudo están unidos a una pérdida reciente. El método más usado en los hombres es el ahorcamiento, seguido por armas de fuego. En la mujer es el envenenamiento mediante la ingestión de benzodiazepinas, barbitúricos, analgésicos y antibióticos, principalmente.⁴⁵

En México, cifras preliminares publicadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) arrojaron que en el año 2021 se registraron 8,351 fallecimientos por lesiones autoinfligidas en el país, lo que representó una tasa de suicidio de 6.5 por cada 100 mil habitantes. De esa cifra 16.2 suicidios por cada 100 mil habitantes

⁴³ Juan Bustamante. El suicidio en adolescentes. Revista Médica del Hospital General de México vol. 76 número 4. 2013 [Internet]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-elsuicidio-adolescentes-X0185106313687322>

⁴⁴ Una de cada 100 muertes es por suicidio. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Ginebra, 17 de junio 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/cada-100-muertes-es-por-suicidio>

⁴⁵ Día mundial para la prevención del suicidio. Suprema Corte de Justicia de la Nación. [Internet];2021. Disponible en: <https://www.scjn.gob.mx/informate/dia-mundial-para-la-prevencion-del-suicidio-0>

corresponden a hombres entre 15 a 29 años. De estos decesos, la tasa de suicidio en los hombres es de 10.9 por cada 100 mil (6 785) y en las mujeres de 2.4 por cada 100 mil (1 552).⁴⁶

Factores de riesgo.

Según la Suprema Corte de Justicia, los factores de riesgo en los niños y adolescentes entre otros, se encuentra la historia psiquiátrica familiar, enfermedades mentales, la pérdida de un ser querido, la depresión, aislamiento social, abuso de drogas y alcohol. En las mujeres y hombres, la violencia doméstica, el estrés en el ámbito familiar, las enfermedades mentales, el abuso de alcohol y drogas y los entornos familiares problemáticos. En los adultos mayores la depresión, el dolor físico a causa de una enfermedad, el aislamiento social y familiar.⁴⁷

Tipos de suicidio.

Émile Durkheim considerado como padres de la sociología positivista y una de las mayores influencias para que la ciencia europea adopta las estadísticas como método de abordaje, comprensión y explicación de los comportamientos sociales del ser humano. Postuló que los suicidios son fenómenos individuales que responden esencialmente a causas sociales. Este enfoque establece que no siempre hay un trastorno mental de base.

Así mismo, menciona que este fenómeno debe ser considerado como un hecho social; en cuanto hay que buscar su causa en la llamada anomía social, entendida como la falta de normas o incapacidad de la estructura social de proveer a ciertos individuos de lo necesario para lograr las metas de la sociedad. Durkheim llega a la conclusión que la totalidad de suicidios en una sociedad, es un hecho social que solamente puede ser explicado sociológicamente, y no por las motivaciones individuales; estableció tres categorías de suicidios:

⁴⁶ Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. INEGI. [Internet];2022. Disponible en: file:///C:/Users/EndUser/Downloads/EAP_SUICIDIOS22.pdf

⁴⁷ Día mundial para la prevención del suicidio. Suprema Corte de Justicia de la Nación. [Internet];2021. Disponible en: <https://www.scjn.gob.mx/informate/dia-mundial-para-la-prevencion-del-suicidio-0>

Suicidio egoísta: Es el que resulta de la alienación del individuo respecto de su medio social, se da en personas excesivamente individualistas y es propio de las sociedades avanzadas; es más común en individuos poco integrados a los grupos sociales de los que forman parte.

Suicidio altruista: Se presenta en sociedades rígidamente estructuradas que ponen por encima del individuo un código de deberes de sentido grupal y hacen del sacrificio por el grupo una exigencia moral; se comete animado por una fuerte ideología, o por una extrema vergüenza cuando alguien ha quebrantado las normas de su grupo.

Suicidio anómico: Es el que se da cuando existe una falla o dislocación de los valores sociales que lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación de la vida; puede resultar de perturbaciones temporales como la guerra o las crisis económicas; factores personales como la rápida movilidad social, industrialización de países subdesarrollados que socavan la autoridad tradicional y los valores establecidos.⁴⁸

Momentos del suicidio.

El suicidio no suele ser un acto impulsivo sin premeditación ni planteamientos previos. Se considera que en la mayoría de los suicidios al menos los noventa días previos existe un proceso en su planteamiento con diferentes fases o etapas.

Ideación.	Fase ideativa o fantasiosa con predominio de deseos de escapar de una situación adversa.
Ambivalencia.	La persona lucha con las cuestiones morales y éticas que engloba el suicidio. Se pregunta si el suicidio es o

⁴⁸ Andrés Felipe Palacio. La comprensión clásica del suicidio. De Émile Durkheim a nuestros días Vol. 7, Nº. 12; 2010. Disponible en: <file:///C:/Users/EndUser/Downloads/DialnetLaComprensionClasicaDelSuicidioDeEmileDurkheimANue-3703186.pdf>

	no un pecado y las consecuencias que tendrá en sus familiares y amigos.
Resolución.	Se toma la decisión de suicidarse, se identifican signos tales como reconciliaciones, despedidas, actualización de testamentos, etc.
Planificación.	Planifica el acto, decidiendo el método a emplear y el lugar en donde realizarlo.
Aplazamiento.	Es una etapa de tranquilidad ya que la persona planea como realizara el acto suicida ⁴⁹

Estudio multidimensional del suicidio.

Dimensión física: Se refiere a las molestias físicas que pueden aparecer a la persona en duelo. Tales como: sequedad de boca, dolor o sensación de vacío en el estómago, alteraciones del hábito intestinal, opresión de pecho y garganta, hipersensibilidad a los ruidos, disnea, palpitaciones, falta de energía, tensión muscular, inquietud, alteraciones del sueño, pérdida del apetito y por ende de peso, mareos. Algunas investigaciones han demostrado que las situaciones de estrés están íntimamente relacionadas con la inmunodepresión y, por tanto, el organismo humano es más vulnerable a enfermar. Y obviamente la muerte de un ser querido es una de las experiencias más estresantes.

Dimensión emocional: En esta dimensión, los estados de ánimo pueden variar y manifestarse con distintas intensidades. Los más habituales son: sentimientos de tristeza, enfado, rabia, culpa, miedo, ansiedad, soledad, desamparo e impotencia,

⁴⁹ M. Teresa Cañas Cañas. Tesis: tipología psicológica y psicopatológica del suicidio en las obras de Fiodor Dostoievski. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/31344/Tesis1407-180903.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

añoranza y anhelo, cansancio existencial, desesperanza, abatimiento, alivio y liberación, sensación de abandono, amargura y sentimiento de venganza.

Dimensión cognitiva: Suele manifestarse por dificultad para concentrarse, confusión, embotamiento mental, falta de interés por las cosas, ideas repetitivas, generalmente relacionadas con el difunto, sensaciones de presencia, olvidos frecuentes.

Dimensión conductual: Se refiere a cambios que se perciben en la forma de comportarse con respecto al patrón previo. Aislamiento social, hiperactividad o inactividad, conductas de búsqueda, llanto, aumento del consumo de tabaco, alcohol, psicofármacos u otras drogas.

Dimensión social: Se evidencia por un resentimiento hacia los demás y un aislamiento social.

Dimensión espiritual: La persona se replantea sus propias creencias y la idea de trascendencia. Se formulan preguntas sobre el sentido de la muerte y de la vida.⁵⁰

Prevención del suicidio.

El suicidio es un problema de la salud pública trágico y potencialmente prevenible, su reconocimiento y la intervención temprana de los trastornos mentales es la forma más eficaz de prevenirlo. En todos los casos, la prevención debe basarse en datos concretos y fiables para el desarrollo de un plan y un conjunto de estrategias sostenibles en el tiempo. Asimismo, requiere del conocimiento teórico y la experiencia práctica sobre el tema, el apoyo de los niveles de decisión de las políticas públicas y el compromiso de la comunidad en su conjunto⁵¹.

La intervención de las conductas suicidas inicia con la identificación de los factores de riesgo y de protección. Dentro de los cuales se encuentran los psicológicos, los

⁵⁰ Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. Anales del Sistema Sanitario de Navarra [Internet]. 2007; 163-176. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012&Ing=es.

⁵¹ Marta de la Torre Martí. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida. Universidad Autónoma de Madrid 2013. Disponible en: https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2018/01/protocolo_ideacion_suicida.pdf

ambientales, los sociales y los biológicos. En los niños y adolescentes, influye la historia psiquiátrica familiar, enfermedades mentales, la pérdida de un ser querido, la depresión, aislamiento social, abuso de drogas y alcohol. En las mujeres y hombres las relaciones con otras personas, la violencia doméstica o el estrés en el ámbito de la familia, enfermedades mentales, abuso de alcohol y drogas y los entornos familiares problemáticos.⁵²

En lo que se refiere a los factores sociales, las barreras de acceso a los servicios de salud, las catástrofes, las guerras, los conflictos. Los intentos de suicidio anteriores, suelen actuar de forma acumulativa aumentando la vulnerabilidad a la conducta suicida. No obstante, la relación entre el suicidio y los trastornos mentales está bien establecida, sin embargo, muchos suicidios pueden producirse de forma impulsiva en momentos de crisis.

En cuanto a los factores de protección se encuentran las relaciones personales sólidas, las creencias religiosas o espirituales y las estrategias de afrontamiento y prácticas de bienestar positivas. Además de contar con redes sociales de apoyo como la familia, la escuela, la comunidad

Aminorar los factores de riesgo para reducir los suicidios y potenciar los factores de protección y fomentar la resiliencia, entendida como el inicio de un nuevo desarrollo tras una experiencia traumática, pueden reducir de manera eficaz las tasas. Sin embargo, su prevención no se ha abordado adecuadamente en muchos países debido a la falta de toma de conciencia como un importante problema de salud pública, lo que impide que la gente busque ayuda.⁵³

Intervención: primeros auxilios psicológicos.

Los primeros auxilios psicológicos son una intervención entendida como una “ayuda breve e inmediata de apoyo y rescate a la persona para reestablecer su estabilidad emocional” que se da en el lugar que se genera la crisis, la proporciona cualquier

⁵² Día mundial para la prevención del suicidio. Suprema Corte de Justicia de la Nación. [Internet];2021. Disponible en: <https://www.scjn.gob.mx/informate/dia-mundial-para-la-prevencion-del-suicidio-0>

⁵³ Prevención del suicidio. Organización Mundial de la Salud; 2022. [Internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>

persona capacitada en el tema. Su duración es breve, ya que continuará otra intervención de segunda instancia denominada Intervención en Crisis, o atención especializada (Psiquiatría).

En cualquier momento de los primeros auxilios psicológicos, se debe identificar si la persona presenta riesgo suicida o alguna otra conducta que ponga en peligro su vida y se deberá referir de forma inmediata a atención especializada.⁵⁴ El protocolo o los pasos a seguir es el siguiente:

1. Realizar contacto físico: escuchar totalmente a la persona, con toda la carga afectiva, emocional y conductual que esto conlleva, los hechos que los sentimientos y/o las emociones; sin juicio y sin reclamo.

2. Examinar dimensiones del problema: Examinar tres áreas: pasado inmediato, presente y futuro inmediato, este punto se refiere a los acontecimientos que condujeron a la crisis, en especial al incidente específico que desató, disparó o precipitó. La indagación acerca de la situación presente implica las preguntas de “quién, qué, cuándo, dónde, cómo”, hallar quién está implicado, qué pasó, cuándo, dónde con el objetivo de actuar en consecuencia o de planear una intervención más profunda.

3. Analizar las posibles soluciones: identificación de soluciones alternativas tanto para las necesidades inmediatas o para después.

4. Asistir la ejecución de una acción concreta: después del análisis, ayudar a la persona a ejecutar alguna acción concreta para manejar la crisis y afrontarla.

5. Darle seguimiento: extraer información y establecer un procedimiento que permita el seguimiento para verificar el proceso. La principal actividad del asistente aquí es especificar estrategias para que él y el paciente estén en contacto

⁵⁴ Jorge M. Carolina P. Viridiana R. Héctor Z. et. al. operativo del Curso Emergente para la Brigada de Atención Psicoemocional y Psicosocial a distancia durante la pandemia de la COVID- 19 en México. [Internet] Disponible en: https://inprf.gob.mx/ensenanzanew/archivos/2020/manual_brigadas_2020.pdf

posteriormente. El seguimiento puede suceder mediante un encuentro cara a cara, o por teléfono.⁵⁵

Respuestas por parte de la familia a la muerte por suicidio.

La muerte de un familiar o allegado es una de las situaciones más estresantes por las que puede pasar una persona. Pero cuando esta muerte se produce a causa de un suicidio, suele hacerse todavía más complicada ya que causa un dolor intenso y prolongado diferente y único en cada persona que lo sufre.

Manejo de Duelo inadecuado

Se conoce como duelo a la reacción emocional y física que se produce tras el fallecimiento de un ser querido, es una respuesta normal ante esta pérdida. No hay una forma concreta de pasar el duelo y cada persona lo vive a su manera. Depende de diferentes aspectos, como la relación con la persona fallecida, la forma en la que se produjo la muerte, las experiencias pasadas, el carácter y la existencia o no de apoyo familiar o social.⁵⁶

4.5.8 Tipos de duelo.

Duelo anticipatorio.	El duelo comienza con la elaboración del dolor de la pérdida sin que esta haya ocurrido todavía, este duelo es frecuente cuando el ser querido se encuentra en una etapa terminal.
Duelo crónico.	La persona es incapaz de rehacer su vida, se muestra absorbida por constantes recuerdos y todo gira en torno a la pérdida, puede durar años.
Duelo inhibido o pospuesto.	No se presentan signos de afectación o dolor por la pérdida. Se instaura en el duelo una especie de

⁵⁵ Amalia Osorio Vigil. Primeros Auxilios Psicológicos. Integración Académica en Psicología Volumen 5. Número 15. [Internet] México 2017. Disponible en: <https://integracion-academica.org/attachments/article/173/01%20Primeros%20Auxilios%20Psicologicos%20-%20AOsorio.pdf>

⁵⁶ Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2012. [Internet]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf

	prolongación de embotamiento afectivo, dificultad para la expresión de emociones y reaccionar ante la pérdida.
Duelo enmascarado.	La persona experimenta síntomas y conductas que le causan dificultades y sufrimiento, pero no las relaciona con la pérdida del ser querido.
Duelo eufórico.	El duelo puede adquirir tres formas diferentes: <ul style="list-style-type: none"> • Reacción intensa a la pérdida. • Negación, el individuo actuará como si todo estuviera normal. • Aceptación de la pérdida, pero con la certeza de que ha sido en beneficio hacia su persona.⁵⁷

Elisabeth Kubler- Ross y las cinco etapas del duelo.

Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra suiza publicó en 1969 el libro Sobre la muerte y los moribundos en el que describió por primera vez las 5 fases del duelo. Para ello se basó en su trabajo con pacientes terminales en la Universidad de Chicago. La autora propuso que las personas que se encontraban próximas a la muerte (enfermos terminales) transitan por cinco fases durante el duelo: negación, ira, negociación/pacto, depresión y aceptación. Señaló que dichas fases tienen diferentes periodos de duración y añadió que, aunque usualmente se suceden unas a otras, en ocasiones se traslapan.

- Negación: en esta etapa es probable que las personas se sienten culpables porque no sienten nada; se apodera de ellas un estado de entumecimiento e incredulidad.
- Enojo o ira: El enojo puede proyectarse hacia otras personas o interiormente expresarse en forma de depresión, culpar a otro es una forma de evitar el dolor, aflicciones y desesperación de tener que aceptar el hecho de que la vida deberá continuar.

⁵⁷Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. Anales Sist. Sanitario Navarra [Internet]. 2007 [internet]; 30; 163-176. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012&lng=es.

- Negociación: Se presenta cuando la mente quiere ganar tiempo antes de aceptar la verdad, retrasa la responsabilidad para liberar emocionalmente la pérdida.
- Depresión: Se puede manifestar con enojo dirigido hacia sí mismo, incluye sentimientos de desamparo, falta de esperanza e impotencia.
- Aceptación: Es cuando, después de la pérdida se puede vivir en el presente, sin adherirse al pasado.⁵⁸

En este sentido, es importante destacar que el duelo que sufren las personas que pasan por el suicidio de un ser querido es diferente a otros duelos por muertes naturales o a causa de un accidente. En ocasiones puede ser más prolongado, y el shock, el aislamiento y la culpa pueden ser mayores que tras otro tipo de muertes. El proceso suele caracterizarse por cuestionar aspectos relacionados con la persona fallecida y por la búsqueda de una explicación. Todas estas reacciones emocionales no son más que reacciones normales de expresión del sufrimiento. Otras veces, las personas del entorno presentan actitudes negativas o de culpa sobre el suicidio, que contribuyen a que los familiares o seres queridos de la persona que se ha suicidado se aíslen y se sientan estigmatizados.

La muerte por suicidio provoca emociones y preocupaciones diversas. Muchas veces esta situación sobrepasa a las personas que lo sufren y lo pueden manifestar llorando o gritando, pueden mostrarse agresivos, con mal humor e irritables, pero a la vez pueden querer estar solos y no hablar.⁵⁹

Estrategias de afrontamiento.

A lo largo de la historia se ha intentado comprender la dinámica que atraviesa el ser humano cuando se ve inmerso en situaciones que le generan estrés, que son desbordantes y que intenta manejar a través de ciertas estrategias de afrontamiento

⁵⁸ Oviedo Soto SJ, Parra Falcón FM, Marquina Volcanes M. La muerte y el duelo. Enfermería global. Revista electrónica cuatrimestral de enfermería; 2009 N° 15. [Internet]. Disponible en: <file:///C:/Users/EndUser/Downloads/reflexion1.pdf>

⁵⁹ El día después del suicidio de un familiar o allegado. Información para familiares allegados. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios e Igualdad. 2010. [Internet]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Diadespuessuicidio.pdf>

entendidas como recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes, aunque no siempre garantiza el éxito, sirven para generar, evitar o disminuir conflictos en los seres humanos, a las cuales se les atribuyen beneficios personales que contribuyen a su fortalecimiento.

En 1937 el psicoanálisis del ego definió el afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y reflexivos que buscan solucionar los problemas y, por tanto, reducen el estrés. El afrontamiento, considerado como un proceso más organizado y maduro del yo, está ubicado en una escala jerárquica de otros recursos reguladores. A partir de este modelo psicológico, en 1978, Lazarus y Launier, postularon que el afrontamiento son los esfuerzos intrapsíquicos orientados a la acción para manejar las demandas internas y ambientales que ponen a prueba o exceden los recursos personales.

Así mismo, Lazarus y Folkman hicieron la propuesta que cuenta con el mayor reconocimiento de este tema debido a que es planteada desde una perspectiva cognitivo sociocultural y definieron el afrontamiento como los “esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Desde esta perspectiva el afrontamiento se establece como un proceso en constante cambio de las condiciones del contexto sociocultural que determinan la interacción del sujeto con él mismo y su entorno.

La propuesta de estrategias de afrontamiento individual de Lazarus y Folkman privilegia la dimensión social del ser humano, al reconocer que el afrontamiento surge de la interacción recíproca y de la rutina, exigiendo tomar alguna decisión por parte del individuo. Cabe resaltar que no se debe confundir el afrontamiento con el dominio del individuo sobre el entorno; el afrontamiento es una forma de manejar situaciones que puedan generar estrés, con el que se busca tolerar, minimizar, aceptar o ignorar aquello que sobrepasa las capacidades, ya sea resignificando el estímulo a través de acciones, pensamientos, afectos y emociones que el individuo utiliza a la hora de abordar la situación desbordante.

Por tal motivo el afrontamiento forma parte de los recursos psicológicos o psicosociales que el individuo utiliza para hacer frente a situaciones estresantes en donde se ejerce un efecto de mediación los rasgos de personalidad. Lazarus y Folkman, establecen dos direcciones en las formas de afrontamiento: Afrontamiento dirigido a la emoción y afrontamiento dirigido al problema. El primero se realiza partiendo de la evaluación en la que el individuo nota que no puede hacer nada para modificar las condiciones amenazantes del entorno y recurre a un grupo de procesos cognitivos con los que intenta disminuir la alteración emocional, como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos de los sucesos negativos. Por otro lado, el afrontamiento dirigido al problema se da principalmente cuando las condiciones que se le presentan al individuo resultan evaluadas como susceptibles de cambio.

En tales casos, los profesionales de la salud podrían utilizar estrategias emocionales, como la desconexión conductual, la búsqueda de apoyo social y emocional en la familia, el consumo de fármacos y tabaco, desahogo en momentos de estrés y desconexión mental como mecanismos para hacer frente a las situaciones desbordantes. También, buscar soporte en personas e instituciones cuando experimentan situaciones de tensión se constituye una forma positiva y adaptativa de afrontar, implica un manejo directo del problema a través de la orientación positiva que otros podrían proveer. Además del fomento de la autoestima que sirve como un amortiguador para los efectos negativos del estrés.

Existen estudios que concuerdan en resaltar tres características de las estrategias individuales dirigidas: a) La valoración, búsqueda del significado del suceso; b) el problema que busca confrontar la realidad, manejando las consecuencias; y c) la emoción que regula los aspectos emocionales e intentos de mantener el equilibrio afectivo. En este sentido, las emociones tienden a ser utilizadas cuando se percibe un nivel de estrés incontrolable como el experimentado ante el peligro de muerte. En cuanto a las estrategias centradas en el problema suelen ser utilizadas en condiciones de estrés controlable. Por último, las estrategias basadas en la

evitación tienden a manejarse en los casos en los que la persona aplaza el afrontamiento activo por la necesidad de ordenar y hacer acopio de sus recursos psicosociales antes de afrontar activamente la situación.⁶⁰

⁶⁰ Macías María, Madariaga O, Valle A, Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico *Psicología desde el Caribe*, vol. 30, núm. 1, 2013, pp. 123-145. Disponible en: [Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico \(redalyc.org\)](http://redalyc.org)

V. APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

5.1 Presentación del Caso Clínico.

Femenino de 23 años de edad, procedente del Estado de México municipio de Huixquilucan, actualmente reside con sus padres y hermano menor, religión católica no practicante, estudiante de la licenciatura en enfermería, nivel socioeconómico bajo. Con antecedentes de padre fumador, abuelo paterno fallecido por complicaciones renales asociadas a Diabetes Mellitus Tipo 2.

Antecedentes personales:

En el año 2018 curso por un proceso de duelo posterior a un aborto por embarazo ectópico en ovario derecho con 6 SDG. En el año 2021 tuvo un primer intento de suicidio con un arma blanca (cuchillo de cocina), después de una pérdida (ruptura de una relación), posterior al primer intento de suicidio comenzó a acudir a terapia psicológica en el Centro de Salud TIII México-España, en la Delegación Miguel Hidalgo, donde fue canalizada al servicio de Psiquiatría. 2 meses después tuvo un segundo intento de suicidio con medicamentos (clonazepam).

Actualmente se encuentra bajo tratamiento con Inhibidores Selectivos de la Receptación de Serotonina (sertralina 100mg/día) dejó de acudir a seguimiento con el psiquiatra, refiere recibir sesiones ocasionalmente por parte de un amigo que es psicólogo.

A la valoración de enfermería se encuentra orientada, con signos de ansiedad psíquica (movimiento frecuente en dedos), se observa cansada, con limitada autoexpresión. Cráneo normoencéfalo, sin hundimientos, sin puntos álgicos, adecuada implantación capilar, cabello corto, quebrado, color castaño claro, en buenas condiciones de higiene, moderada expresividad del rostro, adecuada coloración de tegumentos. Ojos simétricos, con mirada con tendencia al llanto, pestañas integra, pupilas isocóricas, normoreflexivas, con presencia de ojeras, uso de lentes desde tercer año de primaria por problemas de miopía y astigmatismo. Oídos bien implantados, en adecuadas condiciones de higiene, sin malformaciones aparentes. Mucosa oral hidratada, encontrando presencia de caries en segundo molar superior izquierdo y desgaste en incisivo central inferior a causa de bruxismo.

Campos pulmonares ventilados, narinas permeables y limpias, con una frecuencia respiratoria (19x'). Miembros superiores íntegros, con presencia de cicatrices en las muñecas, provocadas por arma blanca (cuchillo de cocina) por un primer intento de suicidio, temperatura corporal axilar de 36.5°C, pulso radial rebotante (76x') y una tensión arterial de (110/70 mm Hg). Extremidades inferiores íntegras, con presencia de tatuajes, sin alteraciones en la marcha.

Alergias negadas.

Tipo sanguíneo: A+

Datos antropométricos.

- Peso: 78kg.
- Talla 1.63.
- Cintura: 88cm.
- Cadera: 106cm.
- IMC: 29.4

Signos vitales:

- Frecuencia respiratoria: 19x'.
- Frecuencia cardiaca: 70x'.
- Pulso: 76x'.
- Tensión arterial: 110/70mmHg.
- Llenado capilar: 2seg.

5.2 Valoración inicial y continua (Identificación de necesidades).

I. Ficha de identificación.

NOMBRE: <u>JPJ.</u>	EDAD: <u>23</u>	SEXO: <u>FEMENINO.</u>
DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>TRASTORNO DEPRESIVO.</u>	SERVICIO: _____	
DIRECCIÓN: <u>CALLE FLOR DE CORAL # 5 EDO. MEX.</u>		
TELÉFONO: <u>5513703235</u>	NOMBRE DEL / INFORMANTE: <u>JPJ.</u>	
OCUPACION DEL PACIENTE: <u>ESTUDIANTE DE LALICENCIATURA EN ENFERMERIA.</u>		

II. Valoración por necesidades.

1. OXIGENACIÓN

RESPIRATORIO

FRECUENCIA RESPIRATORIA : <u>19x'</u>						
RITMO		PROFUNDIDAD		TIPO	RUIDOS ANORMALES	OBSERVACIONES
Normal	X	Superficial		Kusmaull	Crepitantes	Sin datos de alteración.
Taquípnea		Profunda		Ortopnea	Broncoespasmo	
Bradipnea				Disnea	Sibilancias	
				Cheyne Stokes	Estertores	

CARDIACO

FRECUENCIA CARIACA: <u>70x'</u>		PULSO: <u>76x'</u>		TENSION ARTERIAL: <u>110/70mmHg</u>	
RITMO		PULSO		OBSERVACIONES	
Taquicardia		Rebotante	X	Sin datos de alteración.	
Bradycardia		Taquisfignia			
Arritmia		Bradisfignia			
		Filiforme			

COLORACIÓN TEGUMENTARIA

Cianosis Distal: _____	Cianosis peribucal: _____	Palidez: _____	Llenado Capilar: <u>2 seg.</u>
------------------------	---------------------------	----------------	--------------------------------

2. NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN.

Peso: <u>78kg</u>	Peso ideal: <u>56.9kg</u>	Talla: <u>1.63</u>	Perímetro abdominal: <u>88cm</u>	Cadera: <u>106cm</u>	IMC: <u>29.4</u>
A perdido o ganado peso (cuanto): <u>No, se mantiene en un mismo peso.</u>					
Compleción: Delgado: _____ Obesidad: _____ Caquéxico: _____ Otro: <u>Sobrepeso.</u>					

ALIMENTO

TIPO DE ALIMENTO / HORARIO / CANTIDADES				OBSERVACIONES
Blanda: _____	Normal: X	Papilla: _____	Astringente: _____	El IMC obtenido es de 29.4, el cual nos indica que se encuentra en sobrepeso. Refiere que ingiere la misma cantidad de alimentos de siempre, sin embargo, en su dieta incluye alimentos tales como (pan, pastas, frituras, alimentos fritos) además de contar con horarios muy prolongados y variados entre cada comida.
Laxante: _____	Suplementos: _____			

LIQUIDOS

CANTIDAD DE LÍQUIDOS INGERIDOS AL DÍA:	TIPO DE LIQUIDOS INGERIDOS			OBSERVACIONES
< de 500ml	Agua natural: <u>1lt.</u>	Agua de sabor natural: _____	Té: _____	La paciente refiere ingerir café dos veces al día "para sentirse más activa y poder realizar sus actividades diarias". Ingiere cerveza únicamente fines de semana.
500 a 1000ml	Jugos: _____	Refrescos: _____	Café: <u>500ml.</u>	
>de 1000ml X	Cerveza: <u>500ml.</u>	Otros: _____		

DATOS DIGESTIVOS						OBSERVACIONES Sin datos de alteración.
Anorexia: <input type="checkbox"/>	Náuseas: <input type="checkbox"/>	Vómito: <input type="checkbox"/>	Indigestión: <input type="checkbox"/>	Hematemesis: <input type="checkbox"/>	Pirosis: <input type="checkbox"/>	
Distensión abdominal: <input type="checkbox"/>	Masticación dolorosa: <input type="checkbox"/>	Disfagia: <input type="checkbox"/>	Polidipsia: <input type="checkbox"/>	Polifagia: <input type="checkbox"/>		
Polifagia: <input type="checkbox"/>	Odinofagia: <input type="checkbox"/>	Sialorrea: <input type="checkbox"/>	Regurgitación: <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>		

3. ELIMINACIÓN.

ELIMINACION INTESTINAL						OBSERVACIONES Sin alteraciones, con un adecuado vaciamiento intestinal.
TIPO	FRECUENCIA	CANTIDAD	COLOR	OLOR	CONSISTENCIA	
Fisiológica: <input checked="" type="checkbox"/>	2 a 3 veces al día	250gr.	Marrón.	Habitual.	Lisa y blanda.	
Forzada: <input type="checkbox"/>						
DATOS DE ELIMINACION INTESTINAL						
Estreñimiento: <input type="checkbox"/>	Flatulencia: <input type="checkbox"/>	Rectorragia: <input type="checkbox"/>	Incontinencia: <input type="checkbox"/>	Melena: <input type="checkbox"/>		
Pujo: <input type="checkbox"/>	Tenesmo: <input type="checkbox"/>	Otros: <input type="checkbox"/>				

ELIMINACIÓN URINARIA						OBSERVACIONES Sin alteraciones, con adecuado vaciamiento vesical.
Tipo	FRECUENCIA	CANTIDAD	COLOR	OLOR		
Fisiológica: <input checked="" type="checkbox"/>	5 a 6 veces.	700ml.	Amarillo transparente.	Habitual.		
Forzada: <input type="checkbox"/>						
DATOS DE ELIMINACION URINARIA						
Nicturia: <input type="checkbox"/>	Anuria: <input type="checkbox"/>	Disuria: <input type="checkbox"/>	Enuresis: <input type="checkbox"/>	Incontinencia: <input type="checkbox"/>	Poliuria: <input type="checkbox"/>	
Iscuria: <input type="checkbox"/>	Oliguria: <input type="checkbox"/>	Opsiuria: <input type="checkbox"/>	Polaquiuria: <input type="checkbox"/>	Tenesmo: <input type="checkbox"/>	Urgencia: <input type="checkbox"/>	
Otros: <input type="checkbox"/>						

4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA.

Realiza actividad física (tiempo, tipo frecuencia): <u>Si, 5 días a la semana, 1 hora aproximadamente.</u>	OBSERVACIONES La paciente refiere acudir al gimnasio y que esto le ayuda como distracción y mejora su estado de ánimo.
Se sienta (solo, con ayuda, con dispositivos): <u>Solo.</u>	
Camina (solo, con ayuda, con dispositivos): <u>Solo.</u>	

5. DESCANSO Y SUEÑO.

¿Cuántas horas duerme por la noche en casa?: <u>4 a 5 horas.</u>	¿Siente descanso cuando duerme?: <u>A veces.</u>	OBSERVACIONES Se acuesta aproximadamente entre las 2-3 am, despierta de 1 a 2 veces por la noche en horarios variados. Menciona que "los problemas por los cuales estoy pasando con mi pareja y el no encontrar un empleo porque aún no tengo mi título universitario me generan sentimientos de estrés y ansiedad, no me dejan dormir a tal grado que sueño con esos mismos problemas". Refiere que anteriormente si podía conciliar fácilmente el sueño y que esto es por periodos, únicamente cuando cursa por situaciones estresantes.
¿Toma siestas durante el día/ cuantas horas?: <u>A veces 1hr.</u>	¿Toma algún medicamento para dormir? <u>No</u>	
¿Presenta algún cambio de comportamiento antes de dormir o al despertar?: <u>No.</u>		
CARACTERÍSTICAS		
Insomnio: <input checked="" type="checkbox"/>	Bostezos frecuentes: <input type="checkbox"/>	Se observa cansado: <input checked="" type="checkbox"/>
Ronquidos: <input type="checkbox"/>	Somnoliento: <input type="checkbox"/>	Irritabilidad: <input type="checkbox"/>
	Otros: <input type="checkbox"/>	

6. USO DE PRENDAS DE VESTIR ADECUADAS.

¿Cada cuando hace el cambio de ropa interior y exterior? <u>Diario.</u>	OBSERVACIONES Sus prendas se observan en adecuadas condiciones de higiene, utiliza prendas holgadas, algunas tallas mayores a la de ella con colores neutros (sudadera gris, pantalón de mezclilla y tenis blancos) sin embargo, refiere que se siente poco atractiva y por lo tanto le resulta indiferente su forma de vestir.
Necesita ayuda para vestirse: <u>No.</u>	
Tipo de ropa preferida: <u>Pantalón de mezclilla, playeras, tenis.</u>	

Al indagar menciona que cuando acudía a la preparatoria se sentía más atractiva y segura en su imagen, tenía preferencia por prendas más femeninas.

7. TERMORREGULACIÓN.

Temperatura corporal: <u>36.5°</u> Axilar: <u>X</u> Frontal: <u> </u> Ótica: <u> </u> Oral: <u> </u> Rectal: <u> </u>	OBSERVACIONES Sin datos de alteración.
Escalofríos: <u> </u> Piloerección: <u> </u> Diaforesis: <u> </u> Hipotermia: <u> </u> Hipertermia: <u> </u>	
Distermias: <u> </u> Fiebre: <u> </u> Rubicundez facial: <u> </u> Otros: <u> </u>	

PREDOMINIO DE CAMBIOS TÉRMICOS	HABITACIÓN	Refiere que su habitación es fría la mayor parte del día, debido a que no le da el sol, sin embargo menciona que ya se adaptó a esa temperatura y no interfiere en su vida diaria.
Matutino: <u> </u>	Fría: <u>X</u> Húmeda: <u> </u> Templada: <u> </u>	
Vespertino: <u> </u>	Ventilada: <u>X</u> Poco ventilada: <u> </u>	
Nocturno: <u> </u>	Otros: <u> </u>	

8. HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL.

HIGIENE PERSONAL		OBSERVACIONES
BAÑO. Regadera: <u>X</u> Tina: <u> </u> Esponja: <u> </u> Aseos parciales: <u> </u> Aseos de cavidades: <u> </u>	FRECUENCIA DEL BAÑO. Diario: <u>X</u> Tres veces a la semana: <u> </u> 1 vez a la semana: <u> </u> Otro: <u> </u>	
MUCOSA ORAL		A la inspección se encuentran caries en segundo molar superior izquierdo y la presencia de desgaste en incisivo central inferior por Bruxismo.
Seca: <u> </u> Hidratada: <u>X</u> Estomatitis: <u> </u> Caries: <u>X</u> Gingivitis: <u> </u> Ulceras: <u> </u> Aftas: <u> </u>	Sialorrea: <u> </u> Xerostomía: <u> </u> Flictenas: <u> </u> Halitosis: <u> </u>	
Características de la lengua: <u>Hidratada, rosada.</u> Otros: <u> </u>		
DIENTES		
Frecuencia del lavado: 1 vez al día: <u> </u> 2 veces al día: <u> </u> 3 veces al día: <u>X</u>	Cantidad de dientes: <u>32</u>	
Características de los dientes: Amarillos: <u> </u> Blancos: <u>X</u> Picados: <u> </u> Sarro: <u> </u> Caries: <u>X</u>	Otros: <u> </u>	

PIEL		OBSERVACIONES
COLORACION: Palidez: <u> </u> Cianosis: <u> </u> Ictericia: <u> </u> Rubicundez: <u> </u> Cloasma: <u> </u>	Melasma: <u> </u> Angiomas: <u> </u> Manchas: <u> </u> Rosado: <u> </u> Grisácea: <u> </u> Apiñonada: <u>X</u>	
Morena clara: <u> </u> Morena intensa: <u> </u> Morena media: <u> </u> Hiperpigmentación: <u> </u>	TEMPERATURA. Fría: <u> </u> Caliente: <u> </u> Tibia: <u>X</u> Otras: <u> </u>	
TEXTURA. Edema: <u> </u> Celulitis: <u> </u> Áspera: <u> </u> Turgente: <u> </u> Escamosa: <u> </u> Lisa: <u>X</u>	Seca: <u> </u> Agrietada: <u> </u> Otras: <u> </u>	
ASPECTO Y LESIONES. Maculas: <u> </u> Pápulas: <u> </u> Vesículas: <u> </u> Pústulas: <u> </u> Nódulos: <u> </u>	Ulceras: <u> </u> Erosiones: <u> </u> Fisuras: <u> </u> Costras: <u> </u> Red venosa: <u> </u> Escaras: <u> </u>	

Tubérculos: <input type="checkbox"/>	Escaras: <input type="checkbox"/>	Callosidades: <input type="checkbox"/>	Isquias: <input type="checkbox"/>	Nevos: <input type="checkbox"/>	Tatuajes: <input checked="" type="checkbox"/>	Miembros inferiores con presencia de tatuajes.
Prurito: <input type="checkbox"/>	Petequias: <input type="checkbox"/>	Equimosis: <input type="checkbox"/>	Hematomas: <input type="checkbox"/>	Masas: <input type="checkbox"/>	Verrugas: <input type="checkbox"/>	
UÑAS						
Coloración y características						
Quebradizas: <input type="checkbox"/>	Micosis: <input type="checkbox"/>	Onicofagia: <input type="checkbox"/>	Bandas Blancas: <input type="checkbox"/>	Amarillentas: <input type="checkbox"/>	OBSERVACIONES	
Cianóticas: <input type="checkbox"/>	Estriadas: <input type="checkbox"/>	Convexas: <input type="checkbox"/>	Coiloniquia: <input type="checkbox"/>	Leuconiquia: <input type="checkbox"/>	Grisáceas: <input type="checkbox"/>	Sin alteración.
Hemorragias subungueales: <input type="checkbox"/>	Deformadas: <input type="checkbox"/>	Rosadas: <input checked="" type="checkbox"/>	Otras: <input type="checkbox"/>			

CABELLO						
Largo: <input type="checkbox"/>	Corto: <input checked="" type="checkbox"/>	Lacio: <input type="checkbox"/>	Quebrado o chino: <input checked="" type="checkbox"/>	Limpio: <input checked="" type="checkbox"/>	Sucio: <input type="checkbox"/>	OBSERVACIONES
Desalineado: <input type="checkbox"/>	Seborreico: <input type="checkbox"/>	Fácil desprendimiento: <input type="checkbox"/>	Alopecia: <input type="checkbox"/>	Distribución: <input type="checkbox"/>	Sin datos de alteración.	
Implantación: <input type="checkbox"/>	Zooriasis: <input type="checkbox"/>	Pediculosis: <input type="checkbox"/>	Quebradizo: <input type="checkbox"/>	Caspa: <input type="checkbox"/>	Otro: <input type="checkbox"/>	

OJOS						OBSERVACIONES
Simetría: <input checked="" type="checkbox"/>	Asimetría: <input type="checkbox"/>	Tumores: <input type="checkbox"/>	Hemorragias: <input type="checkbox"/>	Separación ocular: <input type="checkbox"/>		Refiere utilizar lentes desde que iba en 3 año de primaria por miopía y astigmatismo.
Edema palpebral: <input type="checkbox"/>	Secreción: <input type="checkbox"/>	Ojeras: <input checked="" type="checkbox"/>	Tics: <input type="checkbox"/>	Dolor: <input type="checkbox"/>	Estrabismo: <input type="checkbox"/>	
Pestañas integra: <input checked="" type="checkbox"/>	Exoftalmos: <input type="checkbox"/>	Enoftalmos: <input type="checkbox"/>	Fosfenos: <input type="checkbox"/>	Uso de lentes: <input checked="" type="checkbox"/>		

OIDOS						OBSERVACIONES
Dolor: <input type="checkbox"/>	Cerumen: <input type="checkbox"/>	Otorrea: <input type="checkbox"/>	Edema: <input type="checkbox"/>	Auxiliares auditivos: <input type="checkbox"/>		Sin alteraciones.
Deformidades: <input type="checkbox"/>	Hipoacusia: <input type="checkbox"/>	Acusia: <input type="checkbox"/>	Acufenos: <input type="checkbox"/>			

9. EVITAR PELIGROS.

DATOS PERSONALES Y DOMÉSTICOS		OBSERVACIONES
Esquema de vacunación. Completo: <input checked="" type="checkbox"/>	Incompleto: <input type="checkbox"/>	Durante la entrevista se logró detectar que cuando se hablaba sobre temas referentes al aborto e intentos de suicidio su expresión facial presenta tendencia al llanto, generando de ansiedad, la cual se ve manifestada en el movimiento de sus manos y fumando. Refiere tener una relación adecuada con los integrantes de su familia, sin embargo, no le gusta contarles sus situaciones personales, prefiere no expresarlas tan fácilmente por temor a que la juzguen o se burlen de ella, sostiene una relación más fuerte con su hermano y refiere que es a quien le tiene mayor confianza.
Adicciones (cuales, tiempo de uso y frecuencia): <u>Cigarrillo, desde hace aproximadamente 8 años, 4 cigarrillos al día.</u>		
Cuando existe algún malestar usted hace. Ir al médico: <input checked="" type="checkbox"/> Tomar un medicamento que este en casa: <input type="checkbox"/>		
Número de personas con las que vive y parentesco: <u>3, mamá, papá, hermano.</u>		
Convive con animales (cuales y cuantos): <u>Si, 3 perros.</u>		
En cada hay fauna nociva o domestica: <u>No.</u>		
En casa hay fumadores (parentesco, frecuencia): <u>Si, papá fuma 6 cigarrillos al día.</u>		
En casa hay farmacodependientes y alcoholismo: <u>No.</u>		
¿Qué tipo de servicios tiene en casa? (agua, luz, drenaje, recolección de basura): <u>Todos.</u>		

ESTADO NEUROLÓGICO						OBSERVACIONES
Alerta: <input type="checkbox"/>	Orientado (tiempo, espacio, lugar): <input checked="" type="checkbox"/>	Confusión: <input type="checkbox"/>	Parálisis: <input type="checkbox"/>	Hemiplejia: <input type="checkbox"/>		Refiere tener acrofobia.
Movimientos anormales: <input type="checkbox"/>	Hipervigilia: <input type="checkbox"/>	Hemiparesia: <input type="checkbox"/>	Parestesia: <input type="checkbox"/>	Dislalia: <input type="checkbox"/>		
Dislalia: <input type="checkbox"/>	Hiperactividad: <input type="checkbox"/>	Déficit de atención: <input type="checkbox"/>	Agresividad: <input type="checkbox"/>	Letárgico: <input type="checkbox"/>		
Excitabilidad motriz: <input type="checkbox"/>	Alucinaciones: <input type="checkbox"/>	Fobias: <input checked="" type="checkbox"/>	Otros: <input type="checkbox"/>			

CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	
¿Sabe cuál es su estado de salud actual?: Bueno _____ Malo: _____ Regular : <u>X</u> No se: _____ Se ha tomado estudios de laboratorio: Si: _____ No: <u>X</u> Cuales: _____ ¿Cuántas veces al año acude al médico general?: <u>Acudía aproximadamente cada 3 meses, a revisiones de DIU y por molestias que llegaban a surgir por parte del método de planificación familiar.</u> ¿Cuántas veces al año acude al dentista?: <u>Abandono su tratamiento de ortodoncia.</u> ¿La información que ha recibido ha sido clara, confusa, completa, insuficiente?: <u>Clara y completa.</u>	OBSERVACIONES Actualmente se encuentra bajo tratamiento con sertralina. Refiere haber dejado de acudir con el psiquiatra porque ocasionalmente un amigo que es psicólogo le brinda sesiones. considera su estado de salud regular porque a veces pasa por situaciones que la alteran fácilmente, tales como conflictos con su pareja y en el ámbito escolar.
¿Conoce o conoces los cuidados que se deben tener para la enfermedad? ¿Cuáles? <u>Si.</u>	principalmente problemas emocionales, los cuales en ocasiones llegan a influir en sus actividades diarias.

13. PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES RECREATIVAS.

¿Realiza o quisiera realizar algún deporte? <u>Acude al gimnasio y le gustaría ir a clases de box.</u> ¿Qué le gusta hacer en sus tiempos libres?: <u>Leer, ver películas.</u> ¿Cuánto tiempo dedica a su persona?: <u>15 a 20 min en arreglarse.</u> ¿Cuánto tiempo dedica a distraerse y en qué actividad?: <u>de 3 a 4 horas leyendo, viendo tv, en redes sociales.</u>	OBSERVACIONES Sin datos de alteración.
---	--

14. APRENDIZAJE.

ESCOLARIDAD	
Escolaridad del paciente: <u>Nivel superior.</u> Escolaridad de los padres (si el paciente es dependiente): <u>Ambos niveles medio superiores.</u> ¿Qué le gustaría estudiar?: <u>Terminando la carrera le gustaría estudiar psicología.</u> ¿Qué le gustaría aprender?: <u>francés.</u>	OBSERVACIONES Refiere que desde que acudió a terapia surgió su interés por estudiar psicología.

15. SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN.

MUJER	
Edad de la menarca: <u>14 años.</u> Ritmo, flujo de menstruación: <u>Abundante, irregular.</u> Dismenorrea: _____ Fecha de última menstruación: <u>7 octubre.</u> Higiene de zona íntima (frecuencia, uso de sustancias etc.): <u>Diario, con jabón corporal.</u> ¿Se ha realizado Papanicolaou y cuando fue la última vez?: <u>si, hace 1 año.</u> ¿Cuáles han sido sus resultados y tratamientos?: <u>sin alteraciones.</u> ¿Se ha realizado mastografía y cuando fue la última vez?: <u>no.</u> ¿Sabe realizarse la exploración de mama?: <u>si.</u>	OBSERVACIONES Se refuerza la técnica para autoexploración de mama y se recomienda establecer fecha para realizarla mensualmente debido a las alteraciones que la paciente refiere presentar en su ciclo menstrual por método de planificación familiar, dispositivo intrauterino.

¿Cuál es su método de planificación familiar?: <u>DIU.</u> ¿Cuándo inicio la menopausia?: _____ Numero de gestaciones: <u>1</u> Número de partos: <u>0</u> Número de cesáreas: <u>0</u> Número de abortos : <u>1</u> Todos sus hijos viven: _____ ¿Tiene antecedentes de cirugía genital?: <u>No.</u>	Menciona que en el año 2018 curso por un proceso abortivo generado por embarazo ectópico en ovario derecho. Al hablar sobre el tema de aborto su tono de voz se percibe disminuido y entrecortado, se observa con tendencia al llanto.
---	--

Resultados obtenidos en la aplicación de los diversos instrumentos de valoración.

Los hallazgos encontrados en el instrumento de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson son los siguientes:

A lo largo de la valoración se lograron detectar síntomas relacionados con ansiedad, los cuales se vieron reflejados en diversas acciones que presento durante la entrevista, esto posteriormente al hablar de temas que aún le generan duelo, tales como el proceso de aborto por el cual curso en el año 2018 y la ruptura de una relación importante la cual fue uno de los factores que detonaran el episodio depresivo, que posteriormente la llevo a dos intentos de suicidio.

Se obtuvo un IMC de 29.4, el cual indica que se encuentra en sobrepeso, a través de la indagación sobre su alimentación diaria, se logró identificar que en su dieta incluye excesivamente alimentos tales como (pan, pastas, frituras, alimentos fritos) además de contar con horarios muy prolongados y variados entre cada comida. Se identificó una alteración en el patrón del sueño, ya que refiere dormir entre 4 a 5 horas al día, a la inspección se observa cansada y presenta ojeras. Se duerme aproximadamente entre las 2-3 am, despierta de 1 a 2 veces por la noche en distintos horarios, menciona que los problemas con su actual pareja y situaciones referentes a la universidad le generan estrés y ansiedad, lo cual irrumpen su patrón de descanso y sueño.

De igual modo la paciente refiere sentirse poco atractiva e insegura, menciona que cuando acudía a la preparatoria se sentía “más atractiva y tenía preferencia por prendas más femeninas”, lo cual nos puede estar hablando de una baja autoestima y un trastorno de la imagen corporal ya que centra su atención en un aspecto anterior. Se observa la presencia de caries en segundo molar superior izquierdo, presencia de desgaste en incisivo central inferior por bruxismo. Además de aplicar el instrumento de valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson, se aplicó la Escala de Hamilton para la Depresión (*anexo 3*), la cual arrojó los siguientes datos:

Se identificaron síntomas de ansiedad psíquica tales como el constante movimiento en los dedos y el recurrente consumo de tabaco, esto principalmente cuando se mencionaban temas de aspecto escolar y emocional. Al indagar se detectaron diversos factores que influyen en la alteración del patrón de sueño, dentro de los principales que refiere son el estrés que le genera el sentirse que no da lo suficiente en sus estudios y los diversos conflictos por los que cursa frecuentemente con su actual pareja. Se obtuvo una puntuación total de 17, la cual da como resultado una depresión moderada.

En cuanto al Inventario de Depresión de Beck (*anexo 4*) los hallazgos encontrados fueron los siguientes:

Al igual que la Escala de Hamilton para la Depresión, se encontró la presencia de síntomas psíquicos de ansiedad, insomnio, una pérdida de interés por las actividades que antes encontraba como satisfactorias, se detecta una baja autoestima y trastorno de la imagen corporal, principalmente relacionado por aspectos pasados. Se obtuvo una puntuación total de 22 la cual al igual que la Escala de Hamilton, indica una depresión moderada, sin embargo, este instrumento valora el estado de ánimo de la persona únicamente en el lapso de una semana, pudiendo así obtener variantes en los resultados.

Sin embargo se detecta que sigue latente el riesgo de conducta suicida, ya que manifiesta que en ocasiones se siente poco satisfecha con su vida y sus logros, viendo el suicidio como “una manera fácil de terminar con las situaciones difíciles”.

Familiograma (*anexo 5*).

Se observa que la persona en estudio sostiene relaciones fuertes con la mayor parte de los integrantes de su familia, refiere que con quien tiene una relación más fuerte es con su hermano, ya que tiene mayor confianza de hablar libremente sobre cualquier tema con él debido a que la diferencia de edad no es tanta, expresa que con su mamá el lazo también es fuerte sin embargo en ocasiones le genera estrés por cuestiones escolares, debido a que le exige que ya comience a trabajar para apoyar en los gastos económicos familiares. La relación con sus abuelos maternos

es considerada como débil debido a que no los frecuenta constantemente, ya que residen en el Estado de Hidalgo y únicamente mantiene contacto con ellos por vía telefónica y ocasionalmente en celebraciones.

Necesidad.	Datos actuales.		Datos históricos.	
	Datos objetivos.	Datos subjetivos.	Datos objetivos.	Datos subjetivos.
9. Evitar peligros.	<ul style="list-style-type: none"> • Inventario de depresión de Beck puntaje total de 22. • Escala de Hamilton con un puntaje total de 17. • Durante la valoración se logró identificar la presencia de síntomas psíquicos de ansiedad, tales como el constante movimiento de manos y el consumo frecuente de tabaco. • El tono de voz se percibe disminuido y entrecortado, se 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Inquietud. • Refiere presentar sentimientos de tristeza al hablar sobre el tema del aborto por el cual curso 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 antecedentes de suicidio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Refiere que en el año 2021 tuvo un primer intento de suicidio con un arma blanca (cuchillo de cocina), después de una ruptura de una relación, dos meses después tuvo un segundo intento con medicamentos (clonazepam).

	<p>observa con tendencia al llanto al hablar sobre el tema de aborto.</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Refiere sentimientos de tristeza y decaimiento debido al recuerdo del proceso de aborto por el cual cursó en el año 2018.
<p>5. Descanso y sueño.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A la inspección se observa cansado y presenta ojeras. • Insomnio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Refiere sentirse fatigada. • Menciona que “los problemas por los cuales estoy cursando con mi pareja y el no encontrar un empleo porque aún no tengo mi título universitario me generan ansiedad, no me dejan dormir a tal grado que sueño con esos mismos problemas”. 		<ul style="list-style-type: none"> • Refiere dificultad para conciliar el sueño cuando cursa por situaciones estresantes.

<p>2. Nutrición e hidratación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sobrepeso. • Peso: 78kg. • IMC: 29.4. 	<ul style="list-style-type: none"> • Refiere que ingiere la misma cantidad de alimentos que siempre, sin embargo, en su dieta consume excesivamente (pastas, pan, frituras y, alimentos fritos). 		<ul style="list-style-type: none"> • Refiere que su complexión siempre fue igual. • Menciona que acude al gimnasio con la finalidad de reducir su peso y para sentirse bien con su imagen.
<p>8. Higiene y protección de la piel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A la inspección se encuentra la presencia de caries en segundo molar superior izquierdo. • Presencia de desgaste en 	<ul style="list-style-type: none"> • Refiere a ver abandono su tratamiento de ortodoncia, el cual menciona volverá a retomarlo en un centro de salud 		

	<p>incisivo central inferior por bruxismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A la inspección de miembros superiores se encuentran cicatrices en las muñecas y la paciente refiere que fueron ocasionadas por un primer intento de suicidio el cual fue con un arma blanca (cuchillo de cocina) el cual lo llevo a cabo en el año 2021 después de la perdida de una relación. 	<p>cercano a su domicilio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Refiere presentar dolor en articulación mandibular debido a que en ocasiones rechina los dientes por las noches. 		
<p>6. Uso de prendas de vestir adecuadas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de la imagen corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Refiere que se siente poco atractiva y por lo tanto le resulta indiferente su forma de vestir. 		<ul style="list-style-type: none"> • Refiere que anteriormente sentía mayor preferencia por prendas que la hacían lucir más “femenina”.

Instrumento de valoración.	Datos obtenidos.
Escala de Hamilton para la depresión.	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad psíquica manifestada por constante movimiento de dedos y recurrente consumo de tabaco. • Insomnio. • Se detecta un riesgo de conducta suicida latente. • Puntuación total 17.
Inventario de depresión de Beck.	<ul style="list-style-type: none"> • Síntomas psíquicos de ansiedad. • Insomnio. • Diminución del interés por las actividades que antes encontraba como satisfactorias. • baja autoestima. • trastorno de la imagen corporal. • Puntuación total 22.

5.3 Diseño y priorización de los diagnósticos de enfermería.

NECESIDAD	DATOS OBJETIVOS	DATOS SUBJETIVOS	ANÁLISIS DEDUCTIVO	GRADO DE DEPENDENCIA	ROL ENFERMERÍA
9. Evitar peligros.	El tono de voz se percibe disminuido y entrecortado, se observa con tendencia al llanto al hablar sobre dicho proceso.	Menciona en el año 2018 curso por un aborto generado por embarazo ectópico en ovario derecho y que dicho proceso aun le generan sentimientos recurrentes de tristeza.	Etiqueta diagnóstica: Duelo inadecuado. Patrón: 08 Rol-relaciones. Dominio: 09 Afrontamiento tolerancia al estrés. Clase: 02 Respuesta de afrontamiento.	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
9. Evitar peligros.	La paciente curso por dos intentos de suicidio, presenta cicatrices en las muñecas ocasionadas por un arma blanca (cuchillo de cocina) y actualmente sigue con la ideación suicida.	Manifiesta que en ocasiones se siente poco satisfecha con su vida y sus logros, viendo el suicidio como “una manera fácil de terminar con las situaciones difíciles”.	Etiqueta diagnóstica: Riesgo de conducta suicida. Patrón: 10 Afrontamiento-tolerancia del estrés. Dominio: 11 Seguridad/protección. Clase: 03 Violencia.	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
9. Evitar peligros.	Se identificó la presencia de síntomas psíquicos de ansiedad, tales como el constante movimiento de manos y el consumo frecuente de tabaco.	Refiere que el recordar diversas situaciones por las cuales se encuentra cursando (académicas y emocionales con su actual pareja) le generan inquietud y ansiedad.	Etiqueta diagnóstica: Ansiedad. Patrón: 07 Autopercepción-autoconcepto.	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante

			Dominio: 09 Afrontamiento/ tolerancia al estrés. Clase: 02 Respuesta de Afrontamiento.	Voluntad	Compañera
5. Descanso y sueño.	A la inspección se observa cansado y presenta ojeras.	Refiere dormir aproximadamente entre las 2-3 am, despierta de 1 a 2 veces por la noche en horarios variados. Menciona que “los problemas por los cuales estoy cursando con mi pareja y el no encontrar un empleo porque aún no tengo mi título universitario me generan ansiedad, no me dejan dormir a tal grado que sueño con esos mismos problemas”.	Etiqueta diagnóstica: Insomnio Patrón: 05 Sueño-reposo. Dominio: 03 Actividad/reposo. Clase: 01 Sueño/ reposo.	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
2. Nutrición e hidratación.	Peso: 78kg. IMC: 29.4. Sobrepeso.	La dieta es poco adecuada ya que refiere incluir excesivamente (pastas, pan, frituras y, alimentos fritos).	Etiqueta diagnóstica: Sobrepeso Patrón: 02 Nutricional-metabólico Dominio: 02 Nutrición. Clase: 01 Ingestión.	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante
				Voluntad	Compañera
	A la inspección se encuentra la presencia de	Refiere a ver abandono su tratamiento de ortodoncia, el cual	Etiqueta diagnóstica: Disposición	Fuerza	Sustituta
				Conocimiento	Ayudante

<p>8. Higiene y protección de la piel.</p>	<p>caries en segundo molar superior izquierdo. Presencia de desgaste en incisivo central inferior por bruxismo.</p>	<p>menciona volverá a retomarlo en un centro de salud cercano a su domicilio. Refiere presentar dolor en articulación mandibular debido a que en ocasiones rechina los dientes por las noches.</p>	<p>para mejorar el autocuidado. Patrón: 04 Actividad-ejercicio. Dominio: 04 Actividad /reposo. Clase: 05 Autocuidao.</p>	<p>Voluntad</p>	<p>Compañera</p>
<p>6. Uso de prendas de vestir adecuadas.</p>	<p>Trastorno de la imagen corporal.</p>	<p>Refiere que se siente poco atractiva y por lo tanto le resulta indiferente su forma de vestir, menciona que cuando acudía a la preparatoria se sentía más atractiva y satisfecha con su imagen propia, tenía preferencia por prendas más “femeninas”.</p>	<p>Etiqueta diagnóstica: Trastorno de la imagen corporal. Patrón: 07 Autopercepción-autoconcepto. Dominio: 06 Autopercepción. Clase: 03 Imagen corporal.</p>	<p>Fuerza</p>	<p>Sustituta</p>
				<p>Conocimiento</p>	<p>Ayudante</p>
				<p>Voluntad</p>	<p>Compañera</p>

5.4 Plan de Intervención de enfermería.

<p>DOMINIO: 09 Afrontamiento tolerancia al estrés. CLASE: 02 Respuesta de afrontamiento.</p>	<p>DOMINIO: 03 Salud psicosocial. CLASE: N Adaptación psicosocial.</p>			
<p>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00301 Duelo inadecuado. Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al duelo no sigue las expectativas socioculturales. FACTOR RELACIONADO: alteración emocional excesiva, gran ansiedad por el apego. EVIDENCIADO POR: ansiedad, síntomas depresivos, expresa sensación de vacío, persistencia de recuerdos dolorosos.</p>	<p>RESULTADO ESPERADO: 1211 Nivel de ansiedad.</p> <p>ESCALA LIKERT 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado</p>			
<p>EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Actualmente se encuentra cursando por un proceso de duelo crónico, lo cual por medio del apoyo emocional brindado ha generado que parcialmente vaya aceptando las pérdidas por la cuales ha cursado y así mismo, aprendió a identificar e implementar diversas estrategias de afrontamiento que mejor le resultaron, tales como la meditación.</p>	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	<p>130401 Expresa sentimientos sobre la pérdida.</p>	3	4	4
<p>130404 Verbaliza la aceptación de la pérdida.</p>	2	4	3	
<p>130409 Discute los conflictos no resueltos.</p>	2	4	3	

CAMPO: 03 Conductual. **CLASE:** R Ayuda para el afrontamiento.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5290 Facilitar el duelo.

DEFINICIÓN: Ayuda en la resolución de una pérdida significativa.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Identificar la pérdida.• Ayudar al paciente a identificar la naturaleza de apego al objeto o persona que se ha perdido.• Fomentar la expresión de experiencias de pérdidas anteriores.• Animar al paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos de la pérdida, tanto pasados como actuales.• Ayudar al paciente a identificar estrategias personales de afrontamiento.	El objetivo global del asesoramiento en procesos de duelo es ayudar a completar cualquier problemática, aumentar la realidad de la pérdida, ayudar a la persona asesorada a tratar las emociones expresadas y las latentes, ayudar a superar los diferentes obstáculos para reajustarse luego de la pérdida. A través de una atención adecuada en las diversas fases del duelo, se logrará reducir significativamente problemas y traumas posteriores a la pérdida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Meza Dávalos E. G, García S, Torres Gómez A, Castillo L, Sauri Suárez S, Martínez Silva B. El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas [Internet]. 2008;13(1):28-31.

CAMPO: 03 Conductual. **CLASE:** R Ayuda para el afrontamiento.
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5270 Apoyo emocional.
DEFINICIÓN: proporcionar seguridad, aceptación y animo en momentos de tensión.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Comentar la experiencia emocional con el paciente. • Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. 	<p>El duelo es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo; o, también, la reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe.</p> <p>El apoyo emocional hace referencia a las cualidades que tiene una persona para escuchar, aceptar y aliviar a otra persona durante el momento de crisis.</p> <p>El apoyo emocional facilita que la persona se sienta entendida y acompañada para que de esta forma pueda atender sus necesidades, temores y deseos.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Meza Dávalos E. G, García S, Torres Gómez A, Castillo L, Sauri Suárez S, Martínez Silva B. El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas [Internet]. 2008;13(1):28-31.

María Dolores G, Vicenta Gómez M, Piedad Siles J. Apoyo emocional: conceptualización y actuación de enfermería, una mirada desde la perspectiva del alumno. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. [Internet] 2009 Vol 6. No. 3

DOMINIO: 11 Seguridad/protección. CLASE: 03 Violencia.	DOMINIO: 03 Salud psicosocial. CLASE: O Autocontrol.			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00289 Riesgo de conducta suicida. Susceptible a actos autolesivos asociados con alguna intención de morir. FACTOR RELACIONADO: ansiedad, síntomas depresivos, ideación suicida.	RESULTADO ESPERADO: 1409 Autocontrol de la depresión. ESCALA LIKERT 1. Nunca demostrado. 2. Raramente demostrado. 3. A veces demostrado. 4. Frecuentemente demostrado. 5. Siempre demostrado.			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO. La evolución de la paciente a lo largo del seguimiento fue favorable, ya que continuo con el seguimiento del programa terapéutico, logrando a su vez una disminución notable en cuanto a la manifestación recurrente de ideación suicida.	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	140903 Identifica factores precursores de la depresión. 140905 Ausencia de manifestaciones de una conducta depresiva. 140914 Cumple el programa terapéutico.	2 4 2	4 2 5	3 3 4

CAMPO: 04 Seguridad. **CLASE:** V Control de riesgos.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 6340 Prevención del suicidio.

DEFINICIÓN: disminución del riesgo de los daños autoinflingidos con la intención de acabar con la vida.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio.• Enseñar al paciente estrategias de afrontamiento (entrenamiento en asertividad, control de los actos impulsivos, relajación muscular progresiva).• Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para transmitirle atención, franqueza y para dar oportunidad al paciente para hablar de sus sentimientos.• Animar al paciente a buscar a los cuidadores para hablar cuando se produzca el deseo de autolesión.• Discutir planes para afrontar las ideas suicidas en el futuro (p.ej., factores precipitantes, con quien contactar, donde buscar ayuda, maneras de aliviar los impulsos de autolesión.• Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia y de los amigos.	<p>Los suicidios son prevenibles con intervenciones oportunas, basadas en la evidencia. Mitigar los factores de riesgo para reducir los medios de suicidio y potenciar los factores de protección para fomentar la resiliencia, pueden reducir de manera eficaz las tasas de suicidio.</p> <p>La prevención puede iniciarse utilizando estrategias que incidan sobre factores concurrentes, como puede ser la depresión que algunos estudios asocian con la ideación suicida. La depresión hace referencia a una serie de características como cambios notables en el estado de ánimo descubierto por irritabilidad o problemas de conducta, desesperación y falta de capacidad para disfrutar lo que se hace. En este sentido, el nivel de depresión de una persona, junto con la presencia de ideación suicida pueden predecir la consumación del acto, por lo que, si el nivel de depresión decrece, es probable que la ideación tienda también se reduzca y eventualmente desaparezca.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Córdova Moreno, María Alejandra, Cubillas Rodríguez, María José, & Román Pérez, Rosario. (2011). ¿Es posible prevenir el suicidio? Evaluación de un programa de prevención en estudiantes de bachillerato. *Pensamiento Psicológico*, 9 (17), 21-32.

CAMPO: 03 Conductual. **CLASE:** R Ayuda para el afrontamiento.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5330 Control del estado de ánimo.

DEFINICIÓN: proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo disfuncionalmente deprimido o eufórico.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento.• Administrar cuestionarios autocomplementados (Inventario de depresión de Beck, escalas del estado funcional), según corresponda.• Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás.• Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que le rodean del riesgo de daños físicos (suicidio, autolesiones).	<p>Las emociones son sentimientos intensos que se dirigen a alguien o algo. Los estados de ánimo son sentimientos que suelen ser menos intensos que las emociones y que con frecuencia (pero no siempre) carecen de un estímulo contextual, es decir, el estado de ánimo es el humor o tono sentimental, agradable o desagradable, que acompaña a una idea o situación y se mantiene por algún tiempo.</p> <p>El estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido. Cuando hay un trastorno del estado de ánimo, el paciente pierde la sensación de control sobre su ánimo y experimenta malestar general.</p> <p>El control del estado de ánimo enseña estrategias, métodos y técnicas que han demostrado gran utilidad en diversas alteraciones, estas técnicas ayudan a solucionar problemas de relaciones, a controlar mejor el estrés, a mejorar la autoestima, a tener menos miedo, a ganar confianza y a superar el consumo de alcohol u otras sustancias.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Alma Baena Z, Araceli Sandoval V, Celia Urbina T, Norma Helen J, Sergio Villaseñor B. Los trastornos del estado de ánimo. Revista digital universitaria [Internet]. 2005, Volumen 6 Número 11
Gallardo Vergara R, Naturaleza del Estado de Ánimo. Revista Chilena de Neuropsicología [Internet]. 2006;1(1):29-40.

DOMINIO: 09 Afrontamiento/ tolerancia al estrés. CLASE: 02 Respuesta de Afrontamiento.	DOMINIO: 03 Salud psicosocial. CLASE: M Bienestar psicológico.			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00146 Ansiedad. FACTOR RELACIONADO: Crisis situacionales, estrés. Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cuál con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. EVIDENCIADO POR: Expresa preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales, insomnio.	RESULTADO ESPERADO: 1211 Nivel de ansiedad. ESCALA LIKERT 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO La paciente logro detectar y disminuir algunos de los factores primordiales desencadenantes de las crisis de ansiedad, a través del uso de las técnicas de relajación empleadas se logró obtener una mejora en el descanso y sueño notándose más motivada a realizar diversas actividades que anteriormente había suspendido.	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	121105 Inquietud.	2	4	3
	121117 Preocupación exagerada por eventos vitales.	2	4	4
	121129 Trastorno del sueño.	2	4	3

CAMPO: 03 Conductual. **CLASE:** T Fomento de la comodidad psicológica.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5820 Disminución de la ansiedad.

DEFINICIÓN: minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Crear un ambiente que facilite la confianza.• Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.• Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.• Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.• Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.	<p>La ansiedad produce un sufrimiento en la persona y afecta a la evolución de otras muchas enfermedades, es una potente fuerza impulsora en el proceso del suicidio y está entrelazada con la depresión. es importante tratarlo ya que afectan grandemente el desempeño laboral, académico y social, además de influir como factor de riesgo de los trastornos cardiovasculares. Por ello es importante su detección y correcto tratamiento.</p> <p>Ricardo Virgen M, Ana Cecilia L, Gabriela Morales B, Sergio Villaseñor B. Los trastornos de ansiedad. Revista digital universitaria. [Internet]. 2005 Volumen 6 Número 11.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Ricardo Virgen M, Ana Cecilia L, Gabriela Morales B, Sergio Villaseñor B. Los trastornos de ansiedad. Revista digital universitaria. [Internet]. 2005 Volumen 6 Número 11.

CAMPO: 03 Conductual. **CLASE:** R Ayuda para el afrontamiento.
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5270 Apoyo emocional.
DEFINICIÓN: proporcionar seguridad, aceptación y animo en momentos de tensión.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Comentar la experiencia emocional con el paciente. • Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. 	<p>El apoyo emocional hace referencia a las cualidades que tiene una persona para escuchar, aceptar y aliviar a otra persona durante el momento de crisis. El profesional de enfermería debe tener los conocimientos necesarios y la sensibilidad para poder brindar la atención en función a estas dimensiones. El apoyo emocional facilita que la persona se sienta entendida y acompañada para que de esta forma pueda atender sus necesidades, temores y deseos.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

María Dolores G, Vicenta Gómez M, Piedad Siles J. Apoyo emocional: conceptualización y actuación de enfermería, una mirada desde la perspectiva del alumno. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM. [Internet] 2009 Vol 6. No. 3.

CAMPO: 3 Conductual. **CLASE:** T Fomento de la comodidad psicológica.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5880 Técnica de relajación.

DEFINICIÓN: Disminución de la ansiedad del paciente que presenta angustia aguda.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.• Transmitir al paciente garantía de su seguridad personal.• Identificar a otras personas cuya presencia pueda ayudar al paciente.• Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad (p.ej., técnicas de respiración lenta, distracción, visualización, meditación, relajación muscular progresiva, escuchar música calmante) según corresponda.	Las técnicas de relajación reducen los niveles de ansiedad, mejora el sueño y otros síntomas asociados al estrés, es por eso que su aplicación constituye una de las estrategias de intervención en la práctica clínica más utilizada. Las técnicas de relajación, con independencia del método utilizado, se emplea en todas aquellas situaciones en las que se considera necesaria una reducción de la tensión muscular, estado general de alerta del organismo, estados de ansiedad y aspectos psicológicos de diferentes trastornos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Rodríguez Rodríguez T, García Rodríguez C. M, Cruz Pérez R. Técnicas de relajación y autocontrol emocional. MediSur [Internet]. 2005;3(3):55-70.

DOMINIO: 03 Actividad/reposo. CLASE: 01 Sueño/ reposo.	DOMINIO: 01 Salud funcional. CLASE: A Mantenimiento de la energía.			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00095 Insomnio. Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento. FACTOR RELACIONADO: estrés, ansiedad, síntomas depresivos. EVIDENCIADO POR: expresa de dificultad para conciliar el sueño, observación de falta de energía.	RESULTADO ESPERADO: 0004 Sueño. ESCALA LIKERT 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO Los resultados de las diversas intervenciones aplicadas tuvieron un resultado favorable, ya que a través de las diversas técnicas de relajación y el establecimiento de una rutina diaria para la conciliación del sueño se logró mejorar la calidad de este mismo, mejorando el funcionamiento y la calidad de vida.	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	401 Horas de sueño.	2	4	3
418 Duerme toda la noche.	2	4	3	
421 Dificultad para conciliar el sueño.	2	4	3	

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Miró E, Cano Lozano M. D, Buela Casal G. Sueño y calidad de vida. Revista Colombiana de Psicología [Internet]. 2005; (14):11-27.

CAMPO: 01 Fisiológico: básico. **CLASE:** F Facilitación del autocuidado.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 1850 Mejorar el sueño.

DEFINICIÓN: facilitar ciclos regulares de sueño/ vigilia.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.• Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.• Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.	<p>Mejorar la calidad al igual que la cantidad de sueño desarrollan una marcada influencia en el estado de ánimo, en el bienestar subjetivo y en la salud física. El diseño y aplicación de estrategias preventivas que consigan optimizarlo es importante no sólo por preservarlo sino por las múltiples y graves consecuencias que sus trastornos pueden ocasionar tanto desde el punto de vista psicológico como desde una perspectiva física o médica.</p> <p>Las intervenciones que reduzcan las alteraciones del sueño o la privación de sueño serán especialmente prometedoras para mejorar la calidad de vida y prevenir diversas enfermedades.</p>

CAMPO: 03 Conductual. **CLASE:** T Fomento de la comodidad psicológica.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 640 Terapia de relajación.

DEFINICIÓN: uso de técnicas para favoreceré inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva).• Determinar si alguna intervención de relajación has resultado útil en el pasado.• Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente.	<p>La utilidad de la terapia de relajación tiene como finalidad conducir a la consecución de un estado de reducción de la activación general del organismo. El objetivo fundamental de la terapia de relajación consiste en la producción bajo control del propio sujeto, de estados de baja activación del Sistema Nervioso Autónomo. Entre los cambios bioquímicos desencadenados está el aumento de la producción de serotonina, y la disminución de los niveles de cortisol y adrenalina.</p> <p>Está especialmente indicada en los trastornos de tipo psicossomático y en todas aquellas alteraciones en que la ansiedad o angustia es la que provoca los desórdenes funcionales.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Mariano Chóliz: Técnicas para el control de la activación: relajación y respiración. Facultad de Psicología Universidad de Valencia.

DOMINIO: 02 Nutrición. CLASE: 01Ingestion.	DOMINIO: 02 Salud fisiológica. CLASE: K Digestión y nutrición.			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00234 Sobrepeso. Susceptible a acumulación anormal o excesiva de grasa para su edad y sexo, que produce comprometer la salud. FACTOR RELACIONADO: Patrones anormales de conducta alimentaria, frecuencia alta de ingesta de comida frita. EVIDENCIADO POR: Adulto: índice de masa corporal >25kg/m.	RESULTADO ESPERADO: 1004 Estado nutricional. ESCALA LIKERT 1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal.			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO La paciente logro establecer hábitos dietéticos saludables, basados en el plato del bien comer, comenzó a establecer horarios para ingerir sus alimentos evitando ayunos prolongados. Se logró obtener una disminución de peso de 75kg y un IMC de 28.3	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	100401 Ingesta de nutrientes.	2	4	3
	100402 Ingesta de alimentos.	3	4	4
100405 Relación peso/talla.	2	4	3	

CAMPO: 01 Fisiológico: básico. **CLASE:** D Apoyo nutricional.
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 1280 Ayuda para disminuir el peso.
DEFINICIÓN: facilitar la pérdida de peso corporal y/o grasa corporal.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el deseo y la motivación del paciente para reducir el peso o grasa corporal. • Determinar con el paciente la cantidad de pérdida de peso deseada. • Desarrollar un plan de comidas diarias con una dieta bien equilibrada, con pocas calorías y grasas. • Animar al paciente a comer frutas, verduras, cereales integrales, leche y productos lácteos desnatados o semidesnatados, carnes magras, pescado, legumbres, huevo y carne. 	<p>El sobrepeso se caracteriza por el incremento de peso corporal debido a una mayor acumulación de grasa en el organismo. En más de 95% la ganancia de peso es debida al consumo excesivo de alimentos altos en grasas y azúcares refinados, así como a la falta o nula práctica de actividad física.</p> <p>El sobrepeso es un factor de riesgo para el desarrollo de diversas enfermedades tales como diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, cardiovasculares, además a las consecuencias físicas están las consecuencias psicológicas tales como alteraciones emocionales y elevados niveles de ansiedad y depresión.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:
Antonio Laguna-Camacho. Sobrepeso: Estrategias para mejorar el manejo nutricional. Revista de Endocrinología y Nutrición. Vol. 14, No. 2 [Internet]. 2006 pp 102-113.

CAMPO: 01 Fisiológico: básico. **CLASE:** D Apoyo nutricional.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5614 Enseñanza: dieta prescrita.

DEFINICIÓN: preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente, así como los alimentos preferidos y los hábitos alimenticios actuales.• Explicar el propósito del seguimiento de la dieta para la salud general.• Ayudar al paciente a incluir las preferencias de alimentos en la dieta prescrita.• Instruir al paciente sobre la forma de planificar las comidas adecuadas.	La alimentación saludable constituye uno de los principales factores de promoción y mantenimiento de una buena salud durante toda la vida. La dieta inadecuada es uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de hipertensión, hiperglucemia, dislipidemias, sobrepeso u obesidad, y de las principales enfermedades no transmisibles (ENT), como las cardiovasculares, el cáncer o la diabetes mellitus.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aneska Mariño G, Magdalys Núñez V, Ana Ibis G, Alimentación saludable. Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos [Internet], 2015.

DOMINIO: 04 Actividad /reposo. CLASE: 05 Autocuidado.	DOMINIO: 01 Salud funcional. CLASE: D Autocuidado.			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00182 Disposición para mejorar el autocuidado. Patrón de realización de actividades por parte de la propia persona que ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado. FACTOR RELACIONADO: Expresa deseo de aumentar la responsabilidad en el autocuidado.	RESULTADO ESPERADO: 0308 Autocuidados: higiene oral. ESCALA LIKERT 1. Gravemente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO A través de las diversas intervenciones de fomento a la salud bucal la paciente logro disminuir su ingesta de azucares, así como mejorar la rutina habitual de higiene dental, comenzó a retomar su tratamiento de ortodoncia.	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	30801 Se cepilla los dientes.	3	4	4
	30807 Acude al dentista regularmente.	2	4	4
30810 Utiliza enjuague bucal.	2	4	4	

CAMPO: 01 Fisiológico: básico. **CLASE:** F Facilitación del autocuidado.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 1720 Fomentar la salud bucal.

DEFINICIÓN: fomentar la higiene bucal y el cuidado dental.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Determinar la rutina habitual de higiene dental del paciente, con identificación de aspectos que deben tratarse.• Instruir al paciente sobre la frecuencia y la calidad de la atención de la salud oral adecuada (p. ej., uso de hilo dental, cepillado, nutrición adecuada, así como otras consideraciones basadas en el nivel de desarrollo del paciente y su capacidad de autocuidado).• Explicar el papel del azúcar en el desarrollo de caries (es decir, aconsejar al paciente a limitar el consumo de azúcar natural).• Desaconsejar los hábitos de fumar.• Explicar la importancia de los chequeos dentales regulares.	<p>La mayoría de las afecciones de salud bucodental son prevenibles en gran medida y pueden tratarse en sus etapas iniciales. La mayor parte de estas afecciones son caries dentales (caries), enfermedades periodontales, pérdida de dientes y cánceres bucodentales</p> <p>La ingesta abundante y continua de azúcares libres, la exposición insuficiente al flúor y la deficiente eliminación de la placa bacteriana con el cepillado de los dientes pueden provocar caries, dolor y, en ocasiones, pérdida de dientes e infección.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Informe sobre la situación mundial de la salud bucodental: hacia la cobertura sanitaria universal para la salud bucodental de aquí a 2030. Resumen ejecutivo. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.

DOMINIO: 06 Autopercepción. CLASE: 03 Imagen corporal.	DOMINIO: 03 Salud psicosocial. CLASE: M Bienestar psicológico.			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: ETIQUETA: 00118 Trastorno de la imagen corporal. Confusión en la imagen del yo físico. FACTOR RELACIONADO: cognitivos, perceptivos. EVIDENCIADO POR: centra la atención en el aspecto anterior.	RESULTADO ESPERADO: 1205 Autoestima. ESCALA LIKERT 1. Nunca positivo. 2. Raramente positivo. 3. A vece positivo. 4. Frecuentemente positivo. 5. Siempre positivo.			
EVALUACIÓN GENERAL DEL DIAGNÓSTICO El resultado obtenido a través de las intervenciones ejecutadas y que la paciente retomara su tratamiento psiquiátrico, influyo de manera favorable, ya que gradualmente se logró detectar que mejoraba la confianza hacia su imagen, como a nivel emocional, notando mayor positivismo y fortaleza en la toma de decisiones.	INDICADORES	PUNTUACIÓN DIANA		
		MANTENER EN	AUMENTAR A	LOGRADO
	120501 Verbalizaciones de autoaceptación.	2	4	3
120509 Mantenimiento del cuidado/higiene personal.	3	5	4	
120511 Nivel de confianza.	2	4	3	

CAMPO: 03 Conductual. **CLASE:** R Ayuda para el afrontamiento.
INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5400 Potenciación de la autoestima.
DEFINICIÓN: ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autvalía.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar la confianza del paciente en su propio criterio. • Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre sí misma. • Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación. • Aminorar al paciente a conversar consigo mismo y a verbalizar autoafirmaciones positivas diario. 	<p>La autoestima es un “estado mental”. Es un concepto valorativo sobre sí mismo o misma, en términos positivos o negativos. Además, es un estado que se aprende a lo largo de la vida, construido con todas las emociones, vivencias y sentimientos que se van experimentando y asimilado, y que puede modificarse y mejorarse.</p> <p>Una buena autoestima potencia la capacidad individual para asumir la vida, para desarrollar habilidades y competencias sociales y, principalmente, para desarrollar confianza en sí mismo o misma, lo que se traduce en un impacto beneficioso para la salud mental y física y, por ende, para un adecuado ajuste emocional y social.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Ligia Arguedas R. El fortalecimiento de la autoestima como proceso educativo: una experiencia concreta. Universidad Estatal a Distancia. Costa Rica. Posgrado y Sociedad Vol. 7 No. 1 [Internet], 2007. pp. 1- 16.

CAMPO: 03 Conductual. **CLASE:** R Ayuda para el afrontamiento.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: 5330 Control del estado de ánimo.

DEFINICIÓN: proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo disfuncionalmente deprimido o eufórico.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA	RAZONAMIENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none">• Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento.• Administrar cuestionarios autocomplementados (Inventario de depresión de Beck, escalas del estado funcional), según corresponda.• Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás.• Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que le rodean del riesgo de daños físicos (suicidio, autolesiones).	El control del estado de ánimo enseña estrategias, métodos y técnicas que han demostrado gran utilidad en diversas alteraciones, estas técnicas ayudan a solucionar problemas de relaciones, a controlar mejor el estrés, a mejorar la autoestima, a tener menos miedo, a ganar confianza y a superar el consumo de alcohol u otras sustancias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2015. Disponible en:

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/161GER.pdf>

Gallardo Vergara R, Naturaleza del Estado de Ánimo. Revista Chilena de Neuropsicología [Internet]. 2006;1(1):29-40. Recuperado de:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179317886004>

PROBLEMA.	ETIOLOGÍA.	SIGNOS Y SÍNTOMAS.
<p>Depresión moderada: presenta baja del estado de ánimo de forma importante, asociado a llanto fácil, agotamiento, molestias físicas, alteraciones del sueño, del apetito. Pensamientos de que “no vale nada”, “todo le sale mal”, aislamiento familiar o social. También se puede asociar ansiedad y nerviosismo. Se diferencia de la depresión leve porque afecta las actividades de la vida diaria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Duelo posterior a proceso abortivo por el cual curso en el año 2018. • Duelo tras pérdida (termino de relación con su pareja) la cual conlleva a la planeación de primer intento de suicidio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de culpa excesiva o de autoestima baja. • Falta de esperanza en el futuro. • Pensamientos de muerte o de suicidio. • Alteraciones del sueño. • Diminución del interés por las actividades que antes encontraba como satisfactorias

Problema.	Etiología.	Signos y síntomas.
<p>Ansiedad: es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos</p>	<p>Exposición a situaciones estresantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Constante movimiento de dedos y manos. • Consumo recurrente de tabaco. • Alteraciones del sueño.

5.5 Ejecución.

Para llevar a cabo la ejecución del plan de cuidados se programaron sesiones con la paciente, ya que la mayor parte de las intervenciones de enfermería implementadas son relacionadas con el estado anímico, por lo cual se tuvo que conseguir un entorno el cual le brindara la seguridad de exponer sus problemáticas o situaciones dolientes.

Se llevaron a cabo 5 sesiones programadas en fines de semana en distintos puntos tales como su domicilio, donde se pudieron realizar intervenciones relacionadas con el proceso de duelo, ya que es un entorno tranquilo y sereno el cual favorece su seguridad para poder expresarse y relajarse. Se manejó un diario con la finalidad de facilitar la expresión de sus sentimientos y emociones, de igual modo se mostraron las técnicas de relajación que puede implementar para la reducción de los niveles de tensión y ansiedad.

Las demás sesiones fueron ejecutadas en parques cercanos a su domicilio donde se abordó la enseñanza de la dieta prescrita, resaltando la importancia de un mantenimiento en cuanto a su peso en relación con su talla, para la prevención de diversas enfermedades relacionadas a esto mismo. Se desarrollaron las intervenciones de enseñanza para el mantenimiento de la salud bucal, como el reforzamiento de la técnica de cepillado.

5.6 Evaluación.

A través de las diversas intervenciones implementadas a lo largo del seguimiento brindado a la paciente con proceso de duelo inadecuado, algunos de los objetivos esperados se alcanzaron parcialmente, ya que lograr un estado de bienestar mental es un proceso complejo.

La paciente retoma su tratamiento psiquiátrico, siendo este factor de gran influencia para lograr de manera progresiva dichos objetivos, entre los cuales se dio prioridad al manejo del duelo, obteniendo una mayor aceptación hacia las pérdidas transcurridas las cuales generaban la persistencia de los recuerdos dolorosos que a su vez repercutían en su vida cotidiana y la encaminaban a una conducta suicida, además, mediante las técnicas de relajación se vieron disminuidos de manera

satisfactoria los niveles de ansiedad, beneficiando esto a su vez en la calidad de descanso y sueño.

Al presentar un mayor autocontrol ante los episodios depresivos, se percibió un aumento en su estado de ánimo, se observó un aumento parcial en su seguridad viéndose reflejado en la confianza que logró crear hacia ella misma, generando mayor auto aceptación.

Se le brindaron diversas recomendaciones acerca de la importancia que recae en el mantenimiento y preservación de la salud, motivando así, a que la paciente continuara con su tratamiento de ortodoncia y prestara una mayor atención a su alimentación corrigiendo algunos de los hábitos inadecuados.

5.7 Plan de alta.

NOMBRE DEL USUARIO (A): JPJ.

SEXO: Femenino.

EDAD: 23 años.

DIAGNÓSTICO DE EGRESO: Duelo inadecuado.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

- Duelo inadecuado.
- Riesgo de conducta suicida.
- Ansiedad.
- Insomnio.
- Sobrepeso.
- Disposición para mejorar el autocuidado.
- Trastorno de la imagen corporal.

RESUMEN:

Femenina de 23 años de edad, residente del estado de Huixquilucan, estudiante de la licenciatura en enfermería, la cual cursa por un proceso de duelo inadecuado posterior a un aborto en el año 2018, el cual se ve evidenciado por síntomas depresivos lo que conlleva a una constante ideación suicida. En el año 2021 cursó por un primer intento de suicidio, dos meses después realizó un segundo intento. Actualmente se encuentra bajo tratamiento psiquiátrico por medio de terapia y medicación.

ACCIONES ENCAMINADAS CON EL RÉGIMEN DIETÉTICO:

DIETA: se menciona la importancia de llevar una alimentación balanceada, basada en el plato del bien comer. Se recomienda realizar tres comidas y dos colaciones entre cada comida, ingerir abundantes líquidos según jarra del buen beber.

EJERCICIO: realizar actividad física de 75 a 150 min, limitando el tiempo de las actividades sedentarias.

TRATAMIENTO: sertralina. 1 tab 100 mg VO al día.

ACCIONES ENCAMINADAS PARA EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD:

- Seguir con el manejo de técnicas de relajación para la disminución de los niveles de ansiedad y estrés.
- Realizar lectura diariamente como estrategia de entretenimiento, así como practicar diversos juegos de mesa de su preferencia.
- Musicoterapia para reducir los niveles de estrés y ansiedad (música de su preferencia o sonidos del agua).
- Se orienta sobre las repercusiones para la salud que conlleva el consumo de tabaco.
- Se refuerza técnica de higiene bucal, recomendando realizarla después de ingerir alimentos.
- Disminución del consumo de azúcares para evitar la formación de caries en las demás piezas dentales.

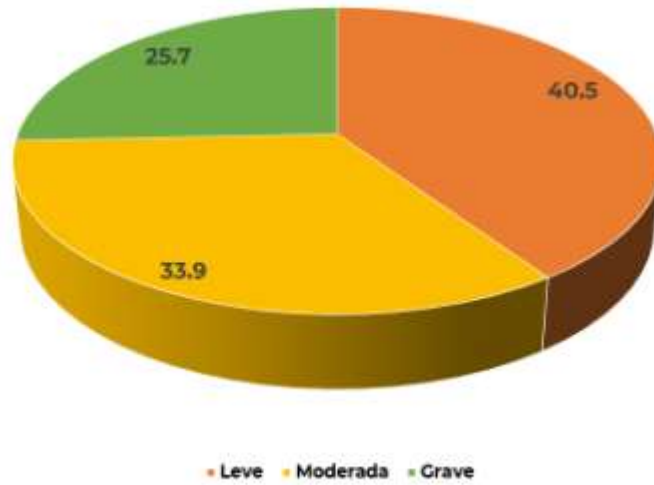
MEDIDAS DE PREVENCIÓN PARA EL LOGRO DE LA INDEPENDENCIA:

- Acompañamiento familiar, así como buscar ayuda en algún integrante de su familia o conocido cercano, durante los momentos de crisis.
- Realización de un diario donde se permita manifestar libremente sus emociones vividas diariamente.
- Unirse a grupos de ayuda.
- Seguir bajo tratamiento psiquiátrico.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:

- Seguimiento de terapia psiquiátrica.
- Seguir bajo tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (sertralina 1 tab. 100 mg VO al día).

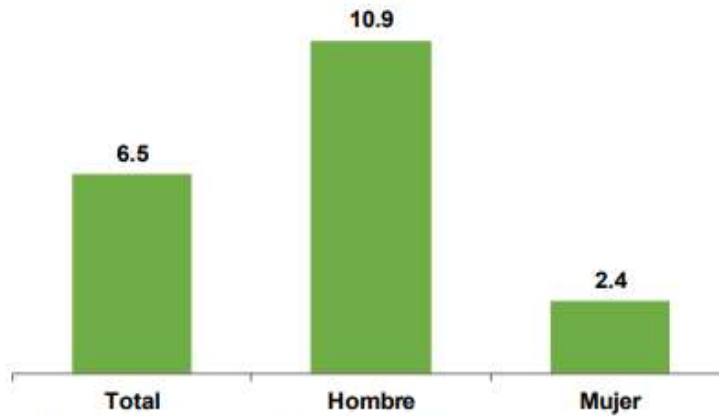
ANEXOS.



En: Kohn R. La brecha de tratamiento en la región de las américas. Documento Técnico. OPS, Washington, 2013.

Anexo.1 Distribución de los trastornos mentales según severidad.

Gráfica 1
TASA DE SUICIDIOS SEGÚN SEXO
(Por cada 100 mil habitantes)



Fuente: INEGI. Estadísticas de mortalidad, 2021. Tabulados interactivos
Estimación de población con base en el Marco de Muestreo de Viviendas, 2021

Anexo.2. Tasa de suicidios según sexo.

Anexo.5 Escala de Hamilton para la Depresión. (HDRS).

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

<p>1). Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausente. • Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan cómo se siente. • Estas sensaciones las relata espontáneamente. • Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto). • Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea. <p>Observaciones: refiere que frecuentemente se siente inútil lo cual le genera sentimientos de tristeza e impotencia. Al momento de la valoración su expresión facial se ve modificada, presenta tendencia al llanto.</p>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>2). Sentimientos de culpa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausente. • Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente. • Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones. • Siente que la enfermedad actual es un castigo. • Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza. 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>3). Suicidio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausente. • Le parece que la vida no vale la pena ser vivida. • Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse. 	<p>0 1 2</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Ideas de suicidio o amenazas. • Intentos de suicidio (cualquier intento serio). <p>Observaciones: manifiesta que en ocasiones se siente poco satisfecha con su vida y sus logros, viendo el suicidio como “una manera fácil de terminar con las situaciones difíciles”.</p>	<p>3 4</p>
<p>4). Insomnio precoz.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No tiene dificultad. • Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño. • Dificultad para dormir cada noche. 	<p>0 1 2</p>
<p>5). Insomnio intermedio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No hay dificultad. • Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche. • Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama (excepto por motivos de evacuar). 	<p>0 1 2</p>
<p>6). Insomnio tardío.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No hay dificultad. • Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir. • No puede volver a dormirse si se levanta de la cama. 	<p>0 1 2</p>
<p>7). Trabajo y actividades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No hay dificultad. • Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos). • Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación). • Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad. • Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda. <p>Observación: Refiere haber dejado de ir al gimnasio durante un periodo por falta de interés o motivación.</p>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>8). Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Palabra y pensamiento normales. • Ligeramente retrasado en el habla. • Evidente retraso en el habla. • Dificultad para expresarse. • Incapacidad para expresarse. 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>9). Agitación psicomotora.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ninguna. 	<p>0</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Juega con sus dedos. • Juega con sus manos, cabello, etc. • No puede quedarse quieto ni permanecer sentado. • Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios. 	<p>1 2 3 4</p>
<p>10). Ansiedad psíquica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No hay dificultad. • Tensión subjetiva e irritabilidad. • Preocupación por pequeñas cosas. • Actitud aprensiva en la expresión o en el habla. • Expresa sus temores sin que le pregunten. <p>Observación: Se lograron identificar diversas situaciones que le generaran sentimientos de preocupación dentro de las cuales las principales son de aspecto escolar y emocional.</p>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>11). Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausente. • Ligera. • Moderada. • Severa. • Incapacitante. 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p>12). Síntomas somáticos gastrointestinales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ninguno. • Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen. • Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales. 	<p>0 1 2</p>
<p>13). Síntomas somáticos generales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ninguno. • Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. • Pérdida de energía y fatigabilidad. 	<p>0 1 2</p>
<p>14). Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausente. • Débil. • Grave. 	<p>0 1 2</p>
<p>15). Hipocondría.</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • Ausente. • Preocupado de sí mismo (corporalmente). • Preocupado por su salud. • Se lamenta constantemente, solicita ayuda. 	0 1 2 3
16). Pérdida de peso. <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana. • Pérdida de más de 500 gr. en una semana. • Pérdida de más de 1 Kg. en una semana. 	0 1 2
17). Introspección. <ul style="list-style-type: none"> • Se da cuenta que está deprimido y enfermo. • Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. • No se da cuenta que está enfermo. 	0 1 2

Puntaje total: 17 depresión moderada.

Anexo. 4 Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

Mínima depresión: 0-13,

Depresión leve: 14-19.

Depresión moderada: 20-28.

Depresión grave: 29-63.

1).

0 No me siento triste.

1 Me siento triste.

2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2).

0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

1 Me siento desanimado respecto al futuro.

2 Siento que no tengo que esperar nada.

3 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3).

0 No me siento fracasado.

1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

3 Me siento una persona totalmente fracasada.

4).

0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.

1 No disfruto de las cosas tanto como antes.

2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.

3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5).

0 No me siento especialmente culpable.

1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.

2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

3 Me siento culpable constantemente.

6).

0 No creo que esté siendo castigado.

1 Me siento como si fuese a ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7).

0 No estoy decepcionado de mí mismo.

1 Estoy decepcionado de mí mismo.

2 Me da vergüenza de mí mismo.

3 Me detesto.

8).

0 No me considero peor que cualquier otro.

1 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.

2 Continuamente me culpo por mis faltas.

3 Me culpo por todo lo malo que sucede

9)

0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.

1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.

2 Desearía suicidarme.

3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10) .

0 No lloro más de lo que solía llorar.

1 Ahora lloro más que antes.

2 Lloro continuamente.

3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11) .

0 No estoy más irritado de lo normal en mí.

1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

2 Me siento irritado continuamente.

3 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12) .

0 No he perdido el interés por los demás.

1 Estoy menos interesado en los demás que antes.

2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

3 He perdido todo el interés por los demás.

13) .

0 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.

1 Evito tomar decisiones más que antes.

2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

3 Ya me es imposible tomar decisiones.

14) .

0 No creo tener peor aspecto que antes.

1 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

2 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

3 Creo que tengo un aspecto horrible.

15) .

0 Trabajo igual que antes.

1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

2 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

3 No puedo hacer nada en absoluto.

16) .

0 Duermo tan bien como siempre.

1 No duermo tan bien como antes.

2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17) .

0 No me siento más cansado de lo normal.

1 Me canso más fácilmente que antes.

2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18) .

0 Mi apetito no ha disminuido.

1 No tengo tan buen apetito como antes.

2 Ahora tengo mucho menos apetito.

3 He perdido completamente el apetito.

19) .

0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

1 He perdido más de 2 kilos y medio.

2 He perdido más de 4 kilos.

3 He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20) .

0 No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

2 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21) .

0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

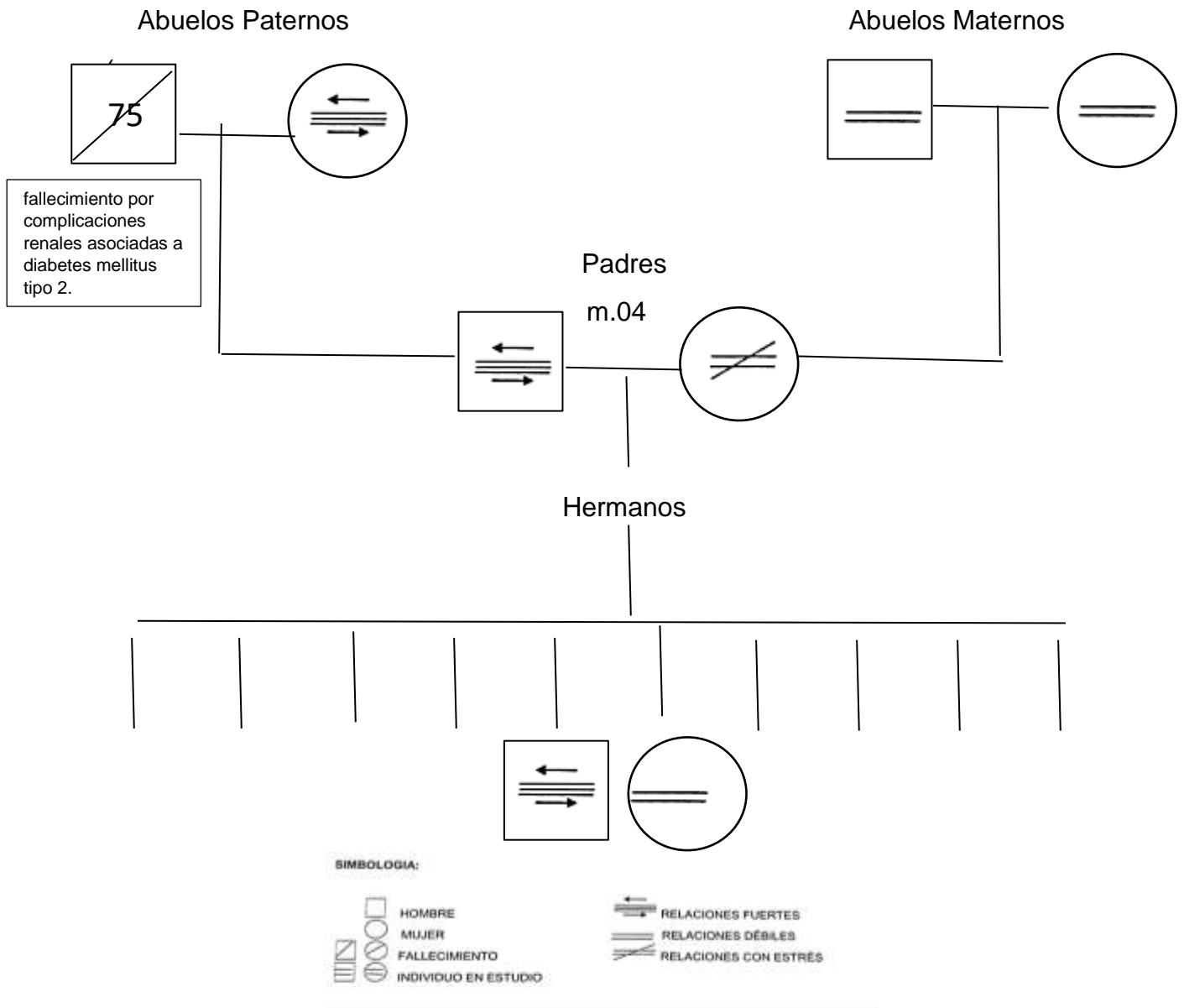
1 Estoy menos interesado por el sexo que antes.

2 Estoy mucho menos interesado por el sexo.

3 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Puntaje total: 22 depresión moderada.

Anexo.5 Familiograma.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Silva Daniel, Vicente Benjamín, Saldivia Sandra, Kohn Robert. Conducta suicida y trastornos psiquiátricos en Chile, un estudio poblacional. Rev. méd. Chile [Internet]. 2013 Disponible en:
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001000006
2. Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general. Ginebra: Organización Mundial de la Salud[Internet]; 2022. Disponible en: <file:///C:/Users/EndUser/Downloads/9789240051966-spa.pdf>
3. Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones. Consejo Nacional de Salud Mental y Adicciones. México: Secretaria de Salud;2020. [Internet]; Disponible en:
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/647723/SAP-DxSMA-Informe_2.pdf
4. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2015. [Internet]; Disponible en:
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/161GER.pdf>
5. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2015. [Internet]; Disponible en:
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/161GER.pdf>
6. Comunicación, infancia y adolescencia. Guía para periodistas, Argentina: UNICEF, 2017. [Internet]; Disponible en:
<https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>
7. Comunicación, infancia y adolescencia. Guía para periodistas, Argentina: UNICEF, 2017. [Internet]; Disponible en:
<https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>

8. Una de cada 100 muertes es por suicidio. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Ginebra, 17 de junio 2021. Disponible en:
<https://www.paho.org/es/cada-100-muertes-es-por-suicidio>
9. Día mundial para la prevención del suicidio. Suprema Corte de Justicia de la Nación. [Internet];2021. Disponible en:
<https://www.scjn.gob.mx/informate/dia-mundial-para-la-prevencion-del-suicidio-0>
10. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. INEGI. [Internet];2022. Disponible en:
file:///C:/Users/EndUser/Downloads/EAP_SUICIDIOS22.pdf
11. Día mundial para la prevención del suicidio. Suprema Corte de Justicia de la Nación. [Internet];2021. Disponible en:
<https://www.scjn.gob.mx/informate/dia-mundial-para-la-prevencion-del-suicidio-0>
12. Martha Raile Alligood. Ann Marriner Tomey. Modelos y teorías en enfermería. 2014, 8° edición.
13. Blasco-León M, Rubí Ortiz-Luis S, Virtudes É, Moral B. Ética y valores en enfermería. Rev. Enferm. Inst. Mex. Seguro Soc. [Internet]. 2016;24(2):145-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2016/eim162l.pdf>
14. Victoria Eugenia Cobal E. Mildred Guarnizo T. Enfermería como disciplina. Revista Colombiana de Enfermería. [Internet]. Págs. 73-81 Vol. 6. Disponible en:
<https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/index.php/RCE/artic le/view/1436/1042>
15. Natividad Pinto Afanador. El cuidado como objeto de conocimiento de enfermería. Facultad de enfermería. Universidad Nacional de Colombia. [Internet]. Pag.43-51 Disponible en:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/16312/17244>

16. Juárez Rodríguez PA, de Lourdes García-Campos M. La importancia del cuidado de enfermería [Internet]. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>
17. Díaz M. G. Filosofía de la ciencia del cuidado Analogía del mito de la caverna de Platón con la profesión de enfermería. Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud. México. 2013 [Internet] Vol. 2, Núm. 3.
Disponible en: [file:///C:/Users/EndUser/Downloads/Dialnet-FilosofiaDeLaCienciaDelCuidadoAnalogiaDelMitoDeLaC-5045738%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/EndUser/Downloads/Dialnet-FilosofiaDeLaCienciaDelCuidadoAnalogiaDelMitoDeLaC-5045738%20(2).pdf)
18. Victoria Eugenia Cobal E. Mildred Guarnizo T. Enfermería como disciplina. Revista Colombiana de enfermería [Internet]. Vol. 6. Disponible en:
<https://revistacolombianadeenfermeria.unbosque.edu.co/index.php/RCE/artic le/view/1436/1042>
19. Ortega VC. El cuidado de enfermería. Rev. Mex. Enf. Cardiol. 2002;10(3):88-90. [Internet] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2002/en023a.pdf>
20. Alberto Caudevilla González. Cuidar: un paseo por la historia de la enfermería. Universidad de la Laguna. 2019 [Internet]. Disponible en:
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/15101/Cuidar%20un%20paseo%20por%20la%20historia%20de%20Enfermeria..pdf?sequence=1#:~:text=Este%20trabajo%20consiste%20en%20un,n%C3%BAcleo%20de%20trabajo%3A%20los%20cuidados.>
21. Martha Raile A. Ann Marriner T. Modelos y teorías en enfermería. 2014; 8° edición.
22. Modelo y teorías de enfermería: características generales de los modelos y principales teóricas. Manual CTO Oposiciones de enfermería. [Internet]
Disponible en:
<https://www.berri.es/pdf/manual%20cto%20oposiciones%20de%20enfermeri>

[a%20%20pais%20vasco%E2%80%9A%20vol%C3%BAmen%201/9788417470050](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003)

23. Fundamentos de Enfermería. Potter Perry. 2013; 8ª Edición.
24. Mora Guillart Liss. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. Rev. Cubana Oftalmol. [Internet]; 28(2): 228-233. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762015000200009&lng=es.
25. Martha Raile A. Ann Marriner T. Modelos y teorías en enfermería. 2014; 8º edición.
26. Reina GN C. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico [Internet]. 2010; (17):18-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
27. Moya Quingaluisa M. F. Informe de investigación sobre: Factores que influyen en la no aplicación del proceso de atención en enfermería en el ámbito hospitalario. [Internet]; 2018 Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/28681>
28. Reina GN C. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico [Internet]. 2010; (17):18-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>
29. Victoria Eugenia Cobal E. Mildred Guarnizo T. Enfermería como disciplina. Revista Colombiana de Enfermería. Vol. 6. Pág. 73-81 [Internet]; Disponible en: [file:///C:/Users/EndUser/Downloads/Dialnet-EnfermeriaComoDisciplina-4036648%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/EndUser/Downloads/Dialnet-EnfermeriaComoDisciplina-4036648%20(1).pdf)
30. Fundamentos de Enfermería. Potter Perry. 2013; 8ª Edición.
31. Nelso Antonio Bordignon. El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. Revista lasallista de investigación; Vol. 2 No. 2. Pág. 50-63. [Internet]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>
32. Armida Sandoval Mora. La adultez temprana. Psicología del Desarrollo Humano. Unidad II. [Internet]; Disponible en:

<https://dges.uas.edu.mx/fisica/psicologiapdf/psicologia2/Desarrollo%20f%C3%ADsico%20del%20adulto%20joven.pdf>

33. Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta. Organización Mundial de la Salud [Internet];2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
34. Informe mundial sobre salud mental: transformar la salud mental para todos. Panorama general. Ginebra: Organización Mundial de la Salud[Internet]; 2022. Disponible en: <file:///C:/Users/EndUser/Downloads/9789240051966-spa.pdf>
35. Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones. Consejo Nacional de Salud Mental y Adicciones. México: Secretaria de Salud;2020. [Internet]; Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/647723/SAP-DxSMA-Informe_2_.pdf
36. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2015. [Internet]; Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/161GER.pdf>
37. Corea Del Cid MT. La depresión y su impacto en la salud pública. Rev. Méd. Hondur. [Internet]. 3 de mayo de 2021 89(Supl.1):46-52. Disponible en: <https://www.camjol.info/index.php/RMH/article/view/12047>
38. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2015. [Internet]; Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/161GER.pdf>
39. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, México; Secretaria de Salud, 2010. [Internet]; Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/392GRR.pdf>

40. Trastornos mentales. Organización Mundial de la Salud. 2022[Internet]; Disponible en:<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
41. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, México; Secretaria de Salud, 2010. [Internet]; Disponible en:<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/quiasclinicas/392GRR.pdf>
42. Suicidio. UNICEF, 2017. [Internet]; Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/1536/file/Suicidio.pdf>
43. Juan Bustamante. El suicidio en adolescentes. Revista Médica del Hospital General de México vol. 76 número 4. 2013 [Internet]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-del-hospital-general-325-articulo-elsuicidio-adolescentes-X0185106313687322>
44. Una de cada 100 muertes es por suicidio. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Ginebra, 17 de junio 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/es/cada-100-muertes-es-por-suicidio>
45. Día mundial para la prevención del suicidio. Suprema Corte de Justicia de la Nación. [Internet];2021. Disponible en: <https://www.scjn.gob.mx/informate/dia-mundial-para-la-prevencion-del-suicidio-0>
46. Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. INEGI. [Internet];2022. Disponible en: file:///C:/Users/EndUser/Downloads/EAP_SUICIDIOS22.pdf
47. Día mundial para la prevención del suicidio. Suprema Corte de Justicia de la Nación. [Internet];2021. Disponible en: <https://www.scjn.gob.mx/informate/dia-mundial-para-la-prevencion-del-suicidio-0>
48. Andrés Felipe Palacio. La comprensión clásica del suicidio. De Émile Durkheim a nuestros días Vol. 7, Nº. 12; 2010. Disponible en: <file:///C:/Users/EndUser/Downloads/DialnetLaComprensionClasicaDelSuicidioDeEmileDurkheimANue-3703186.pdf>

49. M. Teresa Cañas Cañas. Tesis: tipología psicológica y psicopatológica del suicidio en las obras de Fiodor Dostoievski. Disponible en:
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/31344/Tesis1407-180903.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
50. Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. Anales del Sistema Sanitario de Navarra [Internet]. 2007; 163-176. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012&lng=es.
51. Marta de la Torre Martí. Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicidio. Universidad Autónoma de Madrid 2013. Disponible en:
https://psicologosemergenciasbalears.files.wordpress.com/2018/01/protocolo_ideacion_suicida.pdf
52. Día mundial para la prevención del suicidio. Suprema Corte de Justicia de la Nación. [Internet];2021. Disponible en:
<https://www.scjn.gob.mx/informate/dia-mundial-para-la-prevencion-del-suicidio-0>
53. Prevención del suicidio. Organización Mundial de la Salud; 2022. [Internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
54. Jorge M. Carolina P. Viridiana R. Héctor Z. et. al. operativo del Curso Emergente para la Brigada de Atención Psicoemocional y Psicosocial a distancia durante la pandemia de la COVID- 19 en México. [Internet] Disponible en:
https://inprf.gob.mx/ensenanzanew/archivos/2020/manual_brigadas_2020.pdf
55. Amalia Osorio Vigil. Primeros Auxilios Psicológicos. Integración Académica en Psicología Volumen 5. Número 15. [Internet] México 2017. Disponible en:
<https://integracion-academica.org/attachments/article/173/01%20Primeros%20Auxilios%20Psicologicos%20-%20AOsorio.pdf>
56. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento

de la conducta suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2012. [Internet].

Disponible en: [https://portal.guiasalud.es/wp-](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf)

[content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf)

57. Cabodevilla I. Las pérdidas y sus duelos. Anales Sist. Sanitario Navarra [Internet]. 2007 [internet]; 30; 163-176. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000600012&lng=es.
58. Oviedo Soto SJ, Parra Falcón FM, Marquina Volcanes M. La muerte y el duelo. Enfermería global. Revista electrónica cuatrimestral de enfermería; 2009 N° 15. [Internet]. Disponible en: <file:///C:/Users/EndUser/Downloads/reflexion1.pdf>
59. El día después del suicidio de un familiar o allegado. Información para familiares allegados. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios e Igualdad. 2010. [Internet]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Diadespuessuicidio.pdf>
60. Macías María, Madariaga O, Valle A, Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico Psicología desde el Caribe, vol. 30, núm. 1, 2013, pp. 123-145. Disponible en: [Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico \(redalyc.org\)](#)

CONCLUSIONES.

Para concluir se podría decir que la salud mental es un pilar primordial para un adecuado funcionamiento en la persona, además de formar un papel fundamental para lograr desarrollar un estado de completo balance, es por eso que se debe romper con los estigmas planteados por la sociedad, los cuales suelen generar incertidumbre y temor impidiendo que se busque una atención de manera oportuna ante dicha problemática de salud.

Con el transcurso de los años la salud mental se ha tornado algo más “normal”, a partir del año 2019, durante el aislamiento social vivido posterior a la pandemia COVID-19 se vio un incremento en los trastornos mentales, principalmente la depresión y ansiedad, sumando a esto los procesos de duelo tras las diversas pérdidas generadas por la pandemia, los cuales son factores de riesgo sumamente importantes que de no ser tratados oportunamente pueden conllevar a una ideación suicida o a la consumación del mismo.

Es por eso que la labor del profesional de enfermería desarrolla un papel fundamental a través de la implementación de diversas estrategias y acciones integrales en sus diversas dimensiones, enfatizando en la salud mental, de manera individual como también dentro del núcleo familiar, mediante un entorno que proporcione confianza y seguridad, esto con el objetivo de brindar de manera oportuna cuidados holísticos que contribuyan a una mejora de calidad de vida.

GLOSARIO DE TÉRMINOS.

Ansiedad: se refiere a un estado de agitación, inquietud del ánimo, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional.

Angustia: se define como una emoción compleja, difusa y desagradable que conlleva serias repercusiones psíquicas y orgánicas en el sujeto. Es un sentimiento vinculado a situaciones de desesperación, donde la característica principal es la pérdida de la capacidad de actuar voluntaria y libremente por parte del sujeto.

Duelo: reacción emocional y del comportamiento que es normal, y suele ser desencadenado por pérdidas significativas reconocidas por el paciente como relacionadas.

Estrés: el estrés es una respuesta inespecífica del organismo ante una diversidad de exigencias.

Ideación suicida: pensamientos recurrentes de autodaño con fines de muerte.

Imagen corporal: es "la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta".

Intento suicida: conducta deliberada de autodaño.

Remisión: estado en que el paciente está prácticamente asintomático y ha recuperado su patrón funcional previo teniendo en cuenta que no implica ausencia total de síntomas.

Salud: estado de completo bienestar físico, mental y social.

Suicidio: daño auto infligido deliberado.

Prevención: a todas aquellas acciones de fomento y educación para la salud, detección, protección específica, diagnóstico, tratamiento, limitación del daño, rehabilitación y control, realizadas en beneficio de la salud del individuo, familia o comunidad.

Tristeza: emoción básica de carácter no patológico y reactiva a un estímulo, que se caracteriza por decaimiento del estado del ánimo y es transitoria.

Terapia cognitivo-conductual: técnica psicoterapéutica que consiste en identificación de las creencias irracionales y actitudes distorsionadas hacia uno mismo, el entorno y el futuro que perpetúan los estados de ánimo depresivos.

Terapia interpersonal: técnica psicoterapéutica centrada en el duelo, conflictos en la función desempeñada, transición a nuevas funciones, aislamiento social, déficit en habilidades sociales y otros factores interpersonales que pueden influir en el desarrollo de la depresión.

Terapia de resolución de problemas: es una forma de intervención estructurada, breve y centrada en el aprendizaje de afrontar problemas específicos frecuentemente asociados a la depresión.