



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL**

ESTUDIO DE CASO EN ADOLESCENTE CON AUTOLESIONES
DESDE EL MODELO DE MARJORY GORDÓN

ESTUDIO DE CASO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL

P R E S E N T A:

L.E. MAGDA AVENDAÑO FLORES

ASESOR ACADÉMICO:

E.E.S.M. RICARDO ARREGUÍN RESÉNDIZ



Ciudad de México 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL**

ESTUDIO DE CASO EN ADOLESCENTE CON AUTOLESIONES
DESDE EL MODELO DE MARJORY GORDÓN

ESTUDIO DE CASO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL

P R E S E N T A:

L.E. MAGDA AVENDAÑO FLORES

ASESOR ACADÉMICO:

E.E.S.M. RICARDO ARREGUÍN RESÉNDIZ



Ciudad de México 2022

RESUMEN

Introducción. En la actualidad, la salud mental de los adolescentes constituye un problema de salud pública, a nivel internacional que se incrementó a partir de la pandemia por COVID-19. La Organización Mundial de la Salud en 2017, estima que 62, 000 adolescentes murieron en 2016 como consecuencias de las autolesiones, donde la edad de inicio entre 11 y 15 años y la prevalencia 17-18 % de la población mundial. Los problemas de salud mental se manifiestan de 12 a 18 años en América Latina. El 8% de los adolescentes sufren de trastornos disruptivos, el 7.4% trastornos ansiosos y el 7%, de trastornos depresivos. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018, en base de datos las autolesiones se presentan en el 2 %. Algunas de la población de 10 a 19 años de edad, se han herido algunas de ellas tiene que ver con cortes en la piel, quemaduras, golpes, punciones, arañazos, pellizcos, trujamanías e intoxicación entre otros comportamientos anómalos el cual coloca a este grupo en situación de riesgo. En este trabajo se llevó a cabo un estudio de caso con una adolescente, con autolesiones desde el modelo de Marjory Gordón.

Objetivo: Desarrollar un estudio de caso en adolescente con autolesiones mediante el proceso de Atención de Enfermería desde el modelo de Marjory Gordón desde un enfoque bolsico social.

Metodología: Estudio cualitativo descriptivo, la elección del caso fue por conveniencia tomando en cuenta criterios de inclusión e interés académico, en el cual participa una

adolescente la responsable legal madre accede, a la autorización de la participación en el estudio de caso. firmando el consentimiento informado. El presente estudio de caso. Se llevó a cabo en el Centro Universitario de Enfermería San Luis Tlaxialtemalco en el período comprendido entre abril a junio de 2022, se emplearon instrumentos con el propósito de conseguir datos, se utilizó la cédula de valoración de los once patrones funcionales de Marjory Gordon, APGAR familiar, familiograma, ecomapa, Escala de Estrés Percibido y la Escala Depresión por Ansiedad (DASS21), Se llevaron a cabo las intervenciones especializadas en salud mental, base en el proceso de atención de enfermería.

Conclusiones: De los once patrones estudiados, se identificó alteraciones en el patrón diez, que corresponde a la tolerancia y adaptación al estrés en la adolescente. Se llevó a cabo una intervención breve desde enfermería y se trabajó con herramientas para gestionar y regular sus emociones, se observó una participación activa, de la adolescente y la familia, con esto se fortaleció la relación con sus padres y sus pares a fin de facilitar y desarrollar habilidades de la adolescente, en la comunidad donde se desarrolla la persona. Cabe señalar que el período que se llevó a cabo el estudio de caso, de abril a junio del 2022, cesaron las conductas autolesivas en la adolescente.

Palabras claves: Adolescencia, Estudio de Caso, Emociones, Autolesiones y Ansiedad.

SUMMARY

Introduction. Currently, adolescent mental health is an international public health problem that has increased since the COVID-19 pandemic. According to the World Health Organization in 2017, an estimated 62,000 adolescents died in 2016 as a consequence of self-harm, where the age of onset was between 11 and 15 years and the prevalence was 17-18% of the world's population. Mental health problems manifest themselves between the ages of 12 and 18 in Latin America. 8% of adolescents suffer from disruptive disorders, 7.4% from anxiety disorders, and 7% from depressive disorders. According to the National Health Survey, self-harm occurs in 2% of the database. Some of the population between 10 and 19 years of age, have been injured, some of them have to do with cuts on the skin, burns blows, punctures, scratches, pinches, trichomia, and intoxication among other anomalous behaviors which place this group at risk. In this work, a case study was carried out with an adolescent girl with self-harm from the model of Marjory Gordón.

Objective: To develop a case study in adolescents with self-harm through the nursing care process from the Marjory Gordón model from a biopsychosocial approach.

Methodology: Qualitative descriptive study, the choice of the case was for convenience, taking into account inclusion criteria and academic interest,

in which an adolescent participates, the legally responsible mother agrees, to the authorization of participation in the case study. signing the informed consent. This case study. It was carried out at the San Luis Tlaxiátemalco University Nursing Center in the period between April and June 2022 instruments were used for the purpose of obtaining data, the assessment card of the 11 functional patterns of Marjory Gordon, family APGAR, family, echomap, Perceived Stress Scale and the Anxiety Depression Scale (DASS21) were used, specialized interventions in mental health were carried out, based on the nursing care process.

Conclusions: Of the eleven patterns studied, alterations were identified in pattern ten, which corresponds to tolerance and adaptation to stress in adolescents. A brief intervention was carried out from nursing and tools were worked on to manage and regulate their emotions, an active participation of the adolescent and the family was observed, with this the relationship with their parents and peers was strengthened in order to facilitate and develop skills of the adolescent, in the community where the person develops. It should be noted that during the period in which the case study was conducted, from April to June 2022, self-injurious behaviors in the adolescent ceased.

Key words: Adolescence, Case Study, Emotions, Self-Harm and Anxiety.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México que se convirtió en mi casa de estudios y a la Facultad de Enfermería y Obstetricia por abrir sus puertas y darme la oportunidad de llevar a cabo mi estancia de formación profesional en la Especialidad en Salud Mental.

Al Hospital Psiquiátrico” Dr. Samuel Ramírez Moreno” de la Secretaría de Salud al igual que a sus autoridades por su apoyo y facilidades para llevar a cabo mis estudios de posgrado.

A los Coordinadores y Docentes de la Universidad Autónoma de México y de la Facultad de Enfermería y Obstetricia por ser guía, en sus sabias enseñanzas y orientación, así como los consejos académicos y su apoyo en la realización de esta investigación.

Dedicatorias

A mi familia quien es mi inspiración, a quienes agradezco infinitamente por su acompañamiento durante mi formación académica y así poder culminar de este proyecto, tan anhelado de mi carrera profesional.



Índice	
Introducción.....	4
Objetivos.....	6
Capítulo I.	
Fundamentación	7
Capítulo II. Marco teórico	
2.1 Marco conceptual	18
2.2 Marco empírico	57
2.3 Proceso de atención de Enfermería	76
2.4 Daños a la salud	103
Capítulo III. Metodología	115
3.1 Búsqueda de la información	115
3.2 Participante	116
Capítulo IV. Aplicación del proceso de Enfermería	
4.1 Valoración inicial	127
4.2 Diagnóstico de enfermería de valoración inicial	133
4.3 Plan de intervenciones basado en la valoración inicial	134
4.4 Valoraciones focalizadas	136
4.5 Diagnóstico de enfermería por valoración focalizada	138
Capítulo V.	
Conclusiones	150
Recomendaciones.....	153
Referencias bibliográficas	156

Introducción

En los últimos años una de las conductas que ha tomado mayor relevancia entre la población adolescente han sido las conductas autolesivas, ya que estas han ido en aumento considerable, siendo así que se ha considerado como un problema de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en (2023), ha señalado que las autolesiones se han convertido en la tercera causa de mortalidad entre hombres y mujeres en una edad de 15 a 19 años.

Las autolesiones son conductas deliberadas destinadas a producir a uno mismo daño físico leve o moderado sin finalidad suicida, los métodos utilizados para autolesionarse suelen ser cortes en la piel, quemaduras, golpes, punciones, tricotilomanía, pellizcos, arañarse o incluso envenenarse, dichas conductas se presentan con mayor frecuencia en los adolescentes y en adultos jóvenes. La edad de inicio suele ser en la adolescencia temprana entre los 12 o 13 años, cabe señalar que existe una diferencia entre los hombres y las mujeres con respecto a los métodos utilizados para lesionarse, las mujeres a menudo utilizan el corte, mientras que los hombres suelen golpearse o quemarse.¹

Por lo que las autolesiones se asocian a trastornos mentales e inestabilidad emocional del adolescente, trastornos de la conducta alimentaria con presencias de trastornos como depresión, ansiedad y estrés con factores de riesgo más implicados como la conducta o ideación suicida, estas conductas repercuten a corto y largo plazo no solo en la vida de las personas afectadas sino también en su entorno familiar, social o del país del que es parte. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es desarrollar un estudio de caso en adolescente con autolesiones por medio del proceso de atención de enfermería desde el modelo de Marjory Gordon a partir de un enfoque biopsicosocial, en la comunidad de Salud Luis Tlaxialtemalco perteneciente a la Alcaldía Xochimilco. de la Ciudad de México.

De ahí que el rol de enfermería en salud mental es de gran importancia para el cuidado integral, en la promoción del cuidado de la salud mental brindando apoyo emocional asesoramiento y psicoeducación a la persona de estudio con autolesiones y a sus familiares ya que se llevaron a cabo intervenciones personalizadas específicas como la aplicación de Instrumentos para recolectar los datos utilizando cédula de valoración de los once patrones funcionales de Marjory Gordon, entrevistas, APGAR familiar, familiograma, ecomapa, Escala de Estrés Percibido y la Escala Depresión por Ansiedad (DASS21).

En el primer capítulo se muestran datos epidemiológicos relevantes que fundamentan el presente estudio de caso. En el segundo capítulo se presenta el marco conceptual, donde se describen las palabras claves que guiaron el estudio como: adolescencia, estudio de caso, emociones, autolesiones, ansiedad, en seguida se aborda el marco empírico donde se describe la relación de la aplicación del proceso de atención con el modelo de Marjory Gordón y sus patrones funcionales y para finalizar el capítulo se presentan los daños a la salud. El tercer capítulo contiene la metodología implementada, así como los materiales e instrumentos que se utilizaron para la recolección de datos y las consideraciones éticas. El cuarto capítulo muestra la aplicación del proceso de atención de enfermería, la valoración inicial y la focalizada de acuerdo con los patrones alterados, así como las escalas que se utilizaron, también se muestran las intervenciones y los planes de cuidado, en último término, se llevó a cabo el plan de alta.

Por último, en el capítulo cinco se presenta las conclusiones y recomendaciones del estudio de caso. Mientras que en los apartados de anexos y apéndices se muestran los materiales instrumentos y aplicados para la valoración, así como el familiograma y ecomapa con su respectiva interpretación.

Objetivos

Objetivo general

Desarrollar un estudio de caso en adolescente con autolesiones por medio del proceso de atención de enfermería desde el modelo de Marjory Gordon en la comunidad de San Luis Tlaxiátemalco perteneciente a la Alcaldía Xochimilco. de la Ciudad de México.

Específicos

- Identificar patrones alterados de la valoración exhaustiva y focalizada con base a los once patrones funcionales de Marjory Gordón.
- Aplicar intervenciones breves orientadas a mejorar el bienestar y la salud mental de la adolescente.
- Brindar herramientas para mejorar la calidad de vida, a través de estrategias como el afrontamiento y resiliencia.
- Elaborar un plan de alta individualizado que permita implementar acciones dirigidas a mejorar el bienestar emocional de las adolescentes.

CAPITULO I.

Fundamentación

Según la OMS la adolescencia ocurre en la segunda década de la vida, la cual comprende desde los 10 hasta los 19 años,¹ durante este período se experimentan diversos cambios fisiológicos, psicológicos y sociales. Además, esta etapa representa un período crítico del desarrollo en el que una persona cerebralmente inmadura transita entre la niñez y la adultez, donde se busca la consolidación de la personalidad, la identidad y la orientación sexual, además de desarrollarse moralmente, controlar los impulsos, que fomenten y acogen ideologías, evolutivas del pensamiento abstracto, y se consolidan las relaciones con los padres, hermanos y pares.²

En esta etapa se lleva a cabo la maduración cerebral que es la que permite al adolescente la adaptación al medio, sin embargo, debido a que el desarrollo de la corteza prefrontal no ha alcanzado su culminación, los adolescentes poseen una incapacidad para expresar controlar y planificar su comportamiento, por lo que un cerebro prematuro se convierte en un cerebro vulnerable y, por lo tanto, las conductas de riesgo pueden comprometer su desarrollo.^{2,3} Por lo tanto, se ha evidenciado que los adolescentes son un grupo etario con mayor vulnerabilidad a presentar problemas mentales, pues según lo estipulado por la OMS la mitad de estas comienzan antes de los 14 años, pero la mayoría de los casos al no ser detectados a tiempo no son tratados, lo que conlleva a que estos problemas continúen en la edad adulta, disminuyendo así la calidad de vida de las personas.³

Según un informe de la OMS, la pandemia de COVID-19 ha desencadenado aumento de la prevalencia de ansiedad y depresión en un 25% en todo el mundo remarcado que los jóvenes son especialmente vulnerables a las autolesiones y el suicidio. Las conductas autolesivas constituyen un importante problema de salud pública, representan una prevalencia del 17-18 % de los cuales el 70-93 % tienen 3 o más episodios de reincidencia.⁴ En el año 2016 la OMS reportó que cerca de 62, 000 adolescentes murieron causa de autolesiones a nivel mundial.⁴

El suicidio es considerado mundialmente la tercera causa de muerte en adolescentes entre 15 y 19 años teniendo en cuenta que, más de un 90% de los suicidios en adolescentes ocurre en países de ingresos bajos o medios. El suicidio es una problemática de salud mental se estima que la prevalencia de estas conductas corresponde a un 17.2 % en adolescentes a un 13,4 % en adultos jóvenes. En el 2017 la OMS. reporta que más de un millón de adolescentes mueren por razones prevenibles entre las que mencionan las conductas autolesivas (CAL), igualmente advierte que estas se encuentran entre las diez causas principales de morbilidad entre adolescentes ⁵

Mientras que en México para el año 2017 se reportó una tasa de suicidio corresponde al 5.3 comprende a un por cada 100 mil habitantes, lo que representa 6,494 muertes por lesiones autoinfligidas Instituto Nacional de Estadísticas Geografía⁶ en el 2020 sucedieron 7818 fallecimientos por lesiones autoinfligidas por lo que representa 0.7 % del total de muerte en el año y una tasa de suicidio de 6.2 por cada 100 000 habitantes.⁶

La contingencia por COVID-19, ha sumado al respecto, la tendencia ascendente del suicidio en los últimos años de pandemia por COVID -19, según Hernández 2020, las repercusiones de la pandemia en población general son diversas debido al incremento en los niveles de estrés, lo cual ha afectado de forma específica a grupos vulnerables como los niños y adolescentes, y a quienes contaban con psicopatologías previas. Los problemas de salud mental se han incrementado en quien no tenían diagnóstico psiquiátrico ante la pandemia por COVID -19 desde las primeras olas de la pandemia se detectaron incrementos en pensamientos suicidas, según O'Connor (2021). La OPS y la OMS 2020, refiere un aumento de riesgo suicida que obedece, a su vez, al incremento de factores como la angustia el estrés, ansiedad y depresión.⁷

En lo que refiere a las autolesiones no suicidas (NSSI), aunque en el país no se dispone de datos de prevalencia oficiales, se presume que la tendencia es similar a la de otros países en los que se estima que entre el 12 y el 31% de adolescentes de población general se involucran en autolesiones sin intencionalidad suicida, siendo las mujeres quienes presentan mayor probabilidad de incurrir en estos comportamientos.⁸

Este concepto surgió en los Estados Unidos en la década del '60 para describir un número creciente de personas que presentaban autolesiones asociadas con una manera de aliviar cierto malestar emocional. En el DSM-5 como trastornos con entidad propia en el que se establece como aspecto distintivo la intencionalidad que subyace al acto de autolesionarse. Los factores asociados con las ideaciones suicidas y las autolesiones no suicidas. Señalan que la presencia de trastornos tales como la depresión, ansiedad y retraimiento social se diferenciaban entre sujetos NSSI y otro con tentativas suicidas. Los adolescentes manifiestan dificultades importantes para expresar y manejar adecuadamente su estado emocional.⁸

Las autolesiones están asociadas con trastornos psiquiátricos

- Ansiedad
- Depresión
- Uso de sustancias como el alcohol, las drogas, el tabaco,
- Trastorno de la personalidad
- Autismo
- Esquizofrenia
- Intento y el consumo de suicidio
- Haber sufrido de acoso escolar, abuso físico o sexual.⁹

De acuerdo con Favazza (2015) planteo que las autolesiones no suicidas son relativos de la patología, la falta de regulación emocional y la tolerancia a la afeción que proporciona alivio rápido pero temporal de las emociones, pensamientos y sentimientos perturbados. Estas prácticas autolesivas pueden ser frecuentes y llevarse a cabo actos durante un acto impulsivo, que puede ocurrir también cuando tienen recuerdos anteriores.¹⁰

Uno de los datos de interés de las conductas autolesivas es la prevalencia en las diferentes regiones del mundo a nivel global se ha encontrado una incidencia, según Paula – Sarmiento 2019 es del 11.5 al 19.2 %. En el año (2020) las estadísticas aproximadamente entre 15 y 30 millones de personas experimentaron autolesiones que representan una solución transitoria y subjetiva al sufrimiento y alteraciones emocionales en los adolescentes; no obstante, pueden derivarse en problemas serios de salud en la edad adulta y la etiología Requiere mayor evidencia científica sobre las conductas autolesivas letales Características y de patrones recurrentes.⁵

Incidencia

Las conductas autolesivas letales (CAL) desde el punto de vista de Paula-Sarmiento (2019) a nivel global es del 11.5 al 19.2%. En el año 2020, las estadísticas indicaron que aproximadamente entre 15 y 30 millones de personas experimentaron CAL, así mismo, los resultados indican que la población más afectada son las mujeres, representando un 75% de los casos. y, el 12.8% de la población informa que es difícil dejar de realizar estas conductas autolesivas, el 6.9% sienten deseos de volverlo a hacer, ya que lo catalogan como una adicción, Vega 2018. ⁵

La incidencia es mayor en los adolescentes diagnosticados con una patología psiquiátrica debido al impacto social e incremento en la incidencia de conductas autolesivas en la comunidad, es relevante considerar las recomendaciones emitidas por

la OMS en el Programa de Acción Mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP), dirigido al primer nivel de atención, el cual destaca que todo individuo que presente pensamientos, planes o actos de autolesión y suicidio tendrá que ser evaluado en los demás trastornos prioritarios como depresión, psicosis, epilepsia, trastornos del desarrollo, trastornos de conducta, trastornos por abuso de sustancias, así como en los casos de dolor crónico y en las alteraciones emocionales agudas. La prevalencia e incidencia es de un 15 al 20 % sin diferencias significativas. ¹¹

Un estudio de Construcción y validación de un inventario de detección de cutting para adolescentes peruanos. Menciona que el cutting se concibe como una conducta autolesiva hacia uno mismo ya sea con cortes, quemaduras intoxicación y demás con el propósito de obstruir pensamientos negativos de uno mismo y hacia los demás y al futuro. El cutting no se relaciona con el motivo de acabar con la vida sino que es una cusa predisponente que es relativo con la sensación de impedir los sentimientos insufribles en la presente investigación se utiliza una muestra 213 adolescentes del colegio particular y estatales del distrito de Ate y Lurigancho, Chosica quienes fueron seleccionados mediante el muestreo no probabilístico por conveniencia el 48% fueron mujeres y un 51.1 % varones de nivel secundario edad entre 11 y 18 años aplicando instrumentos de Valoración como inventario de Detección de Cutting para adolescente, cedula de autolesiónese de Marín.

La finalidad de este estudio fue elaborar un cuestionario de cutting para adolescentes para la prevención primaria de autolesiones no suicidas, observar que hubo una escasa estimación real de la problemática dado que la mayoría de detección de autolesiones no suicidas se ha obtenido de los servicios de urgencias, tomando en cuenta que la detección temprana de estas conductas el propósito de la investigación fue construir un inventario de detección de cutting sin especificar población clínica u hospitalaria sino población existente de adolescentes. El inventario de Detección de cutting.¹²

En la ciudad de México como en otros países los estudios no distinguen entre los intentos de suicidio (IS) de las autolesiones (A+) y sin intento de suicidio (A -). Se llevó a cabo un estudio con una muestra de 533 adolescentes de ambos sexos la edad promedio era 11 a 17 años de la escuela secundaria de Tlalpan. Se encontró que la prevalencia de las autolesiones sin intención suicida según los criterios propuestos por el DSM-5 fue de 5.6% (N=30), la prevalencia en el último mes (1-3 eventos) fue del 9.9% (N=53), en los últimos 6 meses (1-3 eventos) fue del 11.6% (N=62) y en el último año (5 eventos) fue del 12.6 % (N=67). con un rango 6 y 15 años, las zonas corporales más comunes para autolesionarse fueron antebrazos y muñecas (N=90; 16.9%) brazos y codos (N= 45 8.4) muslos y rodillas (N=22,7.9%) mientras que en varones también fueron antebrazos y muñecas (N 21;8.3%) brazos y codos (N.16;6.3%) muslos y rodillas.⁹

Según Washburn en el (2017) sostiene que la prevalencia de las autolesiones se ha incrementado en los últimos años dando motivo al desarrollo de investigación del 7.5-8% en preadolescentes, pudiendo llegar a ser de un 12.28% en adolescentes.¹³ Para la Organización Mundial de la Salud OMS 2014. Las autolesiones están descritas en el grupo de la violencia autoinfligida y estas son: intentos de suicidio, suicidio autoflagelación, autocastigo y autolesión. Si bien quien señala al suicidio como la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años en todo el mundo OMS, 2014, según datos del Ministerio de Salud, el suicidio representa la cuarta causa de muerte entre los jóvenes del mismo grupo de edad en términos globales, se observa que alrededor del diez por ciento de los adolescentes entre 10 y 14 años de edad practican autolesiones, pero no hay suficientes datos sobre esto específicamente en Brasil. Fonseca (2019).

Epidemiología

De acuerdo a la literatura la mayoría de los estudios clínicos describen las características de ayuda psiquiátrica quienes constituyen una proporción de la población que incurre en estas conductas autolesivas. Estimaciones de prevalencia en poblaciones clínicas encuentran que el 21% de los adultos y el 30 a 40% de los adolescentes que requieren hospitalización psiquiátrica es porque se han provocado alguna conducta autolesiva.¹² En estudios comunitarios aplicados en población general, describe que el 13 al 29% de los adolescentes y el 4 a 6% de los adultos ha presentado conductas autolesivas al menos una vez en la vida. Las conductas autolesivas repetidas (4 o más veces al año) siendo el 4% de la población adolescente.¹⁴

Estudios clínicos poblacionales ubican la edad de comienzo entre los 10 y 15 años, encontrándose que el inicio de estas conductas después de los 30 años es muy infrecuente. Las conductas autolesivas suelen presentarse más en mujeres. No obstante en la población adulta los datos son contradictorios tanto en la población general como clínico, por lo que permite asegurar que las mujeres muestran mayor prevalencia que los varones rango etario.¹⁴ Se obtiene como resultado de la regulación del afecto y la reducción de emociones desagradables o al evitar los pensamientos angustiantes, incluyendo los pensamientos acerca del suicidio, la autolesión no suicida se considera una forma de autocastigo en la que se realizan actos auto punitivos para compensar los actos que provocaron sufrimiento o daño a otras personas.¹⁴

Consecuencias Funcionales de Autolesión No Suicidas

El acto de cortarse se puede realizar con instrumentos compartidos, lo que incrementa la posibilidad de contagio de enfermedades de transmisión sanguínea.

En un estudio de seguimiento de casos de "autolesión" en varones tratados en uno de los varios servicios de urgencias del Reino Unido, los individuos con autolesióne se no suicida. La tasa de prevalencia de la autolesión no suicida en los varones y las mujeres

están más próximas que en el trastorno de comportamiento suicida, en el que el porcentaje de mujeres-hombres es de alrededor de 3.1 o 4.1. Se han propuesto dos teorías psicopatológicas, basadas en análisis funcionales del comportamiento. Basada en la teoría del aprendizaje, el comportamiento se mantiene por un refuerzo positivo o negativo. El refuerzo positivo se obtendría al castigarse a sí mismo de una manera que el individuo siente que tenía merecida, de manera que este comportamiento promueva un estado placentero y relajado, o genere la atención y la ayuda de la pareja, o constituya una forma de expresar el enfado. El refuerzo significativamente mayor de suicidarse que otros sujetos adolescentes procedentes del mismo cohorte.

Los estudios que han explorado la relación entre la autolesión no suicida y el trastorno de comportamiento suicida están limitados por su naturaleza retrospectiva y porque no logran obtener información contrastada acerca del método utilizado en los "intentos" previos. Una proporción significativa de las personas que se infligen autolesiones no suicidas ha respondido afirmativamente al preguntarles si alguna vez se han realizado cortes (o su método preferido de autolesión) con la intención de morir. Es razonable concluir que, aunque no presente un riesgo de suicidio elevado cuando se manifiesta por primera vez, la autolesión no suicida es una forma de comportamiento dañino para el propio individuo.

Trastorno de excoriación (dañarse la piel). El trastorno de excoriación aparece fundamentalmente en las mujeres y habitualmente se dirige a excoriar una zona de la piel que el individuo considera antiestética o una mancha, habitualmente en la cara o el cuero cabelludo. Como en la autolesión no suicida, la excoriación a menudo va precedida de una sensación de ansia y se experimenta como placentera, aunque el individuo es consciente de que se está haciendo daño a sí mismo. No se asocia con el uso de ningún instrumento.¹⁵

De acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Salud y estadística Geográfica, sistema de Información que en los últimos tres años reporta que los suicidios han incrementado en 24% en México al pasar de 6,008 en él 2018 a 8,448 en él 2021 y las prevalencias estimadas de autolesiones se han incrementado notablemente en nuestro país, entre 14 y 21%, lo cual habla de la gravedad de la problemática.¹⁵

México ocupa el tercer lugar en el mundo con mayor número de jóvenes que no estudian y no trabajan, por lo que corresponde a una de las razones más comunes por las que los adolescentes llevan a cabo conductas de autolesión como: soledad, tristeza y sentimientos negativos acerca de sí, durante los últimos 10 años se ha documentado que entre el 7 y el 14% de los adolescentes se autolesionan sin fines suicidas y que esto es significativamente más frecuente en mujeres. Sin embargo, datos más recientes sugieren que la frecuencia, tanto en hombres como en mujeres, ha aumentado hasta el 24.3 %.¹⁵ Existen factores determinantes en conductas autolesivas sin intención suicida, estos se pueden clasificar en biológicos, psicológicos y sociales.¹⁵

Factores que determinantes en conductas sin intento suicida

En la actualidad existen factores predisponentes que están relacionados al comportamiento y se clasifican en Biológicos, psicológicos y sociales.¹⁵ Una hipótesis neurológica investigada afirma que la autolesión puede ser el resultado de una disminución de los neurotransmisores cerebrales que ayudan a regular las emociones. El nivel de serotonina bajo parece estar comprometido en este comportamiento. Se sabe que la serotonina facilita el transporte de impulsos entre algunos nervios en un área del cerebro llamada núcleos del rafe; (agregados celulares de neuronas que conforman la columna medial del tallo encefálico). Esta estructura realiza la función de regular la impulsividad y la agresión.¹⁵

Otros neurotransmisores que parecen interferir en la autolesión son los opioides. Entre sus acciones están la regulación de emociones y la supresión del dolor, demostrando que los opioides en general tienen un resultado placentero, entonces los auto lesionadores se lastiman a sí mismos para estimular la producción de estos. Esta suposición hace alusión al modelo de la auto adicción donde el dolor, asociado a la autolesión, tiene un efecto analgésico de aliviar y liberar el malestar, como también de ofrecer sensaciones placenteras. En ese sentido, las personas aprenden a asociar la autolesión con sentimientos positivos y cada vez que se sienten disgustados se cortan o se queman para sentirse mejor.¹⁵

Desde este enfoque biológico se ha fundamentado que la autolesión puede estar asociada a un problema orgánico, ya sea en la química del cuerpo o en los genes y hay evidencias que ciertas personas poseen una mayor predisposición a ser emocionalmente hipersensibles, es decir tienen una mayor vulnerabilidad biológica o genética.¹⁵

Factores psicológicos

El objetivo es disminuir o apagar un dolor emocional íntimo o autocastigarse y hacer evidente su molestia a los demás. Las personas con conductas autolesivas tienen un insuficiente recurso cognitivo, tienden a la autovaloración negativa, baja autoestima y una elevada propensión para evitar enfrentarse a los problemas. Esto expresa un problema para verbalizar y expresar sus sentimientos.

Por otro parte se establece un vínculo entre las conductas autolesivas sin intención suicida (CASIS) y haber sufrido un trauma emocional caracterizado como una interrupción del proceso del desarrollo en la infancia entre ellas sobresale abuso físico y o sexual abandono emocional y conflictos familiares.¹⁵

Factores sociales

En estos individuos, la mayoría de las veces caracterizados por su fragilidad y sin saber expresar sus emociones, la soledad puede ser muy agobiante, se sienten obligados a dañar sus cuerpos como una forma de liberar sus sentimientos y frustraciones. Algunos adolescentes se inclinan a cometer para protegerse después de haber recibido algún rechazo. Un entorno social puede influir en el inicio, persistencia y la transmisión de las conductas autolesivas.¹⁵

Existe una serie de condiciones durante la infancia que son tendencia en el desarrollo de las conductas autolesivas sin intenciones suicidas:

- Ser testigos o partícipes de abuso físico y agresividad, como violencia intrafamiliar.
- Ser abusados sexualmente y/o testigos de abuso sexual en algún familiar.
- Pérdida de algún miembro de su familia u otra persona significativa de forma temprana.
- Haber sufrido presión psicológica al ser intimidados por sus padres o sus pares.
- Haber sido física o emocionalmente abandonados por uno o ambos padres.
- Padecer de alguna enfermedad, discapacidad o que alguno de sus padres la posea.
- Abuso en el consumo de alcohol en los padres
- Haber sido producto de un embarazo no deseado y darse cuenta de esto.
- Divorcio de sus padres o conflictos en su relación con ellos.
- Ser elegidos como cuidadores de sus hermanos menores o de un familiar enfermo ¹⁵

Factores de riesgo para una conducta autolesiva

Referidos a peculiaridades del individuo con elementos como: incapacidad para controlar situaciones conflictivas, la apariencia de altos niveles de impulsividad en la conducta y la tentativa de sentimientos de desaliento.¹⁵

CAPÍTULO II. Marco Teórico

2.1 Marco conceptual

La salud mental es un componente integral y esencial de la salud, la constitución de la OMS dice: La salud es un estado de completo bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Una importante consecuencia de esta definición es que se considera a la salud mental como algo más que ausencia de trastornos o discapacidades mentales. La OMS define a la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo consciente de sus propias capacidades y puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructíferamente y tener la capacidad para hacer contribuciones a la comunidad.¹⁵

Sobre esta base la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, y la comunidad y sociedades de todo el mundo. Determinantes en salud mental, a la salud mental como un estado de bienestar individual ésta determinada por múltiples factores sociales, psicológicos biológicos, que se asocian a los cambios sociales rápidos, las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género a la exclusión social a los estilos de vida poco saludables a los riesgos de violencia a la violación de derechos humanos, los factores de la personalidad y psicológicos y de carácter biológico.¹⁵

Adolescente

La OMS define a la adolescencia como el período comprendido de los 10 a los 19 años En esta fase del desarrollo humano, se presenta un constante crecimiento y cambios para la maduración física, sexual, psicológica y desarrollo de identidad. “El termino adolescencia deriva del latín crecer o evolucionar hacia la madurez; por tanto, se refiere a la dimensión individual de la transición a la vida adulta”¹⁷

Una de las etapas más relevantes y significativas en el desarrollo humano es la adolescencia. El origen del término adolescencia procede del latín “*adolescere*” que tiene como significado crecer o madurar (Muus). El crecimiento o maduración respecto a la etapa anterior, la infancia es una de sus principales características.¹⁷ La adolescencia se conoce su vulnerabilidad, de sus necesidades de confrontar y de lograr autonomía de pensamiento y acto. Para apoyar el desarrollo de los adolescentes, son clave la salud, el bienestar, la educación, la justicia, el empleo y la participación social. El desarrollo no ocurre aislado, (Rodríguez y col). Los adolescentes tienen requerimientos básicos (derechos) Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) que necesitan ser satisfechos: nutrición, ejercicio, recreación y acceso a servicios.¹⁷

La UNICEF, en el estado mundial de la infancia 2011 considera la adolescencia una época de oportunidades. Además, apunta la importancia de invertir en los adolescentes, en educación y capacitación, en participación ciudadanía.¹⁷ La familia provee herramientas para el desarrollo del adolescente influye significativamente en la forma de comportarse y de relacionarse dependiendo el entorno en el que se encuentre el adolescente. Para tener un desarrollo saludable en la adolescencia se requiere haber tenido una infancia saludable contar con factores de protección que brinden oportunidades a través de la familia y de otras, como instituciones sociales, tener acceso a la equidad.¹⁶

Adolescencia Temprana

La adolescencia temprana se encuentra en el rango de 10 y 13 años. para Aliño Santiago, López Esquirol, y Navarro Fernández. (2006) afirman. En este período surgen la necesidad de independencia, la impulsividad, la labilidad emocional, las alteraciones del ánimo y la búsqueda de solidaridad y comprensión entre pares, lo que se mezcla con necesidad sentida de apoyo de los padres, por lo que se generan ambivalencias que hacen de la relación padres/adolescentes, un reto. Es un período donde el adolescente

empieza a buscar la independencia de sus padres para abrirse paso a la socialización con sus iguales del mismo sexo lo que incrementa la autonomía en la toma de decisiones y permite la influencia de los mismos lo que conlleva a experimentar nuevas formas de comportamiento. Cambios físicos y hormonales desarrollo del cuerpo en la voz de órganos sexuales se desarrollan acercándose a la forma adulta.¹⁸

Adolescencia Media

La adolescencia media se encuentra en el rango de 14 a 16 años, donde el adolescente tiende a pensar que necesita cierto grado de aceptación frente a otros adolescentes, lo que le permite entablar amistades y sentir cierta seguridad al integrarse a cierto grupo, por lo que deja a un lado la admiración que sienten sus padres hacia él, es frecuente que la relación con sus padres se vea con conflictos por la lucha entre el adolescente que quiere alcanzar su identidad y los padres o ponen resistencia.

La Adolescencia Media es una etapa donde el distanciamiento con los padres es más evidente, debido a que existen problemas porque el adolescente empieza a pensar en sí mismo y va desarrollando su sentido de la identidad, mediante la sociabilización con sus pares y la influencia de los mismos, la pertenencia a un grupo puede provocar que adopten comportamientos de riesgo.¹⁸

Adolescencia tardía

Con esta etapa concluye la adolescencia, se extiende de 18 a 19 años. En la adolescencia tardía ya se han producido los cambios físicos más bruscos y se alcanza la estatura y la complexión del cuerpo para la adultez. Durante esta fase del ser humano concluye el desarrollo de su conciencia social, se piensan en planes a largo plazo, van renunciando al egocentrismo, se comienzan a interesar en muchos casos por la política,

confirman su identidad y la autoimagen, Intereses estables y alcanza el pensamiento hipotético-deductivo propio del adulto.¹⁸

Emoción

Etimológicamente, el término emoción viene del latín *emotio*, que significa "movimiento o impulso", "aquello que te mueve hacia". La emoción nos aleja o acerca de personas, situaciones o circunstancias. Delgado (2014). Plantea que todas las emociones son impulsos a la acción que nos inclinan hacia un comportamiento determinado.¹⁹

El Diccionario de la Real Academia Española 2018, define el término emoción como

1. "Alteración del ánimo intensa y pasajera, agradable o penosa, que va acompañada de cierta conmoción somática.
- 2." Interés, generalmente expectante, con que se participa en algo que está ocurriendo."¹⁹

Las emociones se encuentran controladas por el sistema límbico, también denominado cerebro medio de acuerdo a la teoría del cerebro triuno propuesta por Paul Mac Lean 1999, ellas pueden ser controladas ya que el sistema límbico y el neocórtex trabajan conjuntamente, Goleman 1996 identifica cinco competencias dentro de la inteligencia emocional: conocer las emociones, reconocerlas e identificarlas en uno mismo, gestionarlas, dominando las negativas y sustituyéndolas por positivas, la automotivación, como la capacidad de ilusionarse con cualquier situación salvo que sea objetivamente negativa en cuyo caso mejor alejar los pensamientos de la misma y reconocer emociones en otros y la empatía, como la capacidad de ponerse en la situación emocional de otro.²⁰

El sistema límbico es el responsable del desarrollo de las emociones y motivaciones, en sus estructuras se encuentran: la amígdala y el hipocampo, relacionados con la memoria quienes determinan qué recuerdos y en qué parte del hemisferio cerebral se almacenan a largo plazo. La amígdala además registra y analiza los estímulos recibidos a través del tálamo desde el exterior, si son negativos inhiben el paso de información a los lóbulos prefrontales, de esta manera el aprendizaje no se lleva a cabo.²¹

Algunos autores llamaron emociones positivas a aquellas experiencias emocionales en las que predominaba el placer o bienestar Lucas, Diener, y Larsen,(2003) pero Fredrickson (2000) aclara que son mucho más que esto, ya que para que realmente vivencemos una emoción positiva no alcanza con la agradabilidad sensorial, sino que debe añadirse una interpretación personal positiva del suceso, sea interno o externo; este significado que le demos a la experiencia puede ser consciente o inconsciente y traerá consigo una cascada de cambios subjetivos a nivel fisiológico, psicológico, conductual e incluso social.²⁰

Las emociones positivas

También difieren de los estados de ánimo positivos, ya que las emociones tienen un objeto específico, suelen ser de corta duración y ocupan el primer plano de la conciencia. En cambio, los estados de ánimo tienen un objeto más difuso, son más duraderos y no están en el centro de nuestra atención consciente. Fredrickson y Cohn, (2008) considera que las funciones de las emociones positivas amplían nuestro repertorio de pensamientos y acciones y potencian la construcción de recursos personales de manera perdurable. Fredrickson 1998, aumentan el bienestar subjetivo, la resiliencia, la salud e incluso nos hacen más longevos, también preparan a las personas para tiempos futuros adversos, por ejemplo, la alegría crea la necesidad de jugar, amplía los límites y nos lleva a ser creativos, no solo implica el comportamiento social y físico, sino también el intelectual y el artístico. Vecina Jiménez, (2006) Considera que el desarrollo de este recurso como el soporte social, puede ser esencial en momentos de dificultad. Las emociones positivas favorecen el crecimiento personal y la conexión social.²²

Alegría y Sentido del Humor:

Son dos emociones relacionadas. Por un lado, la alegría como capacidad de reír y sonreír y por el otro, el sentido del humor entendido como la capacidad de divertirse a sí mismo y a los demás, contar cosas graciosas, chistes inofensivos.

Optimismo:

Emoción caracterizada por esperar que sucedan cosas buenas, mirando siempre el lado positivo de las situaciones y los problemas.

Tranquilidad:

Emocionalidad caracterizada por un bienestar profundo que se da al desconectarse de pensamientos inquietantes y se toma distancias de las preocupaciones, estrés, miedo.

Gratitud:

Emoción de apreciación por alguien o algo y buen deseo hacia esa persona o cosa, lo que hace surgir las ganas de actuar positivamente

Interés-Entusiasmo:

Emoción que motiva hacia el cambio y la novedad. Abarca la activación y la orientación para mantener a la persona activamente comprometida con el mundo. Sentimiento de investigar o expandir sí mismo.

Satisfacción con la vida:

Emoción de contentamiento, paz y satisfacción, resultado de la comparación entre querer y necesitar y los logros y habilidades alcanzadas. Se caracteriza por una disposición positiva.²²

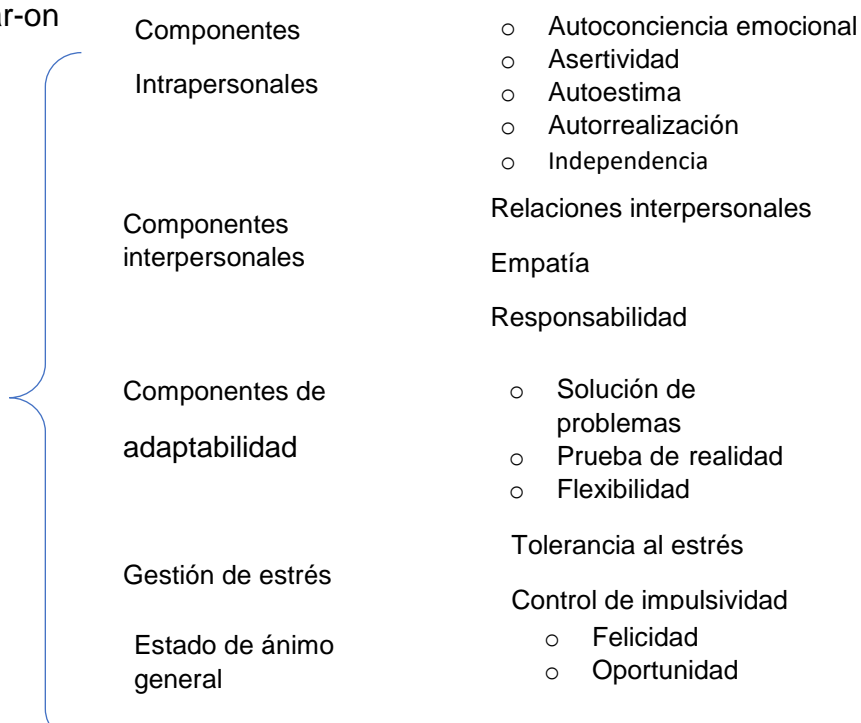
La inteligencia emocional

De acuerdo Carvajal (2013), determina la manera en que nos relacionamos y entendemos el mundo; tiene en cuenta actitudes, sentimientos y engloba habilidades como el control de los impulsos, la autoconciencia, automotivación, confianza, entusiasmo y empatía.²⁰

En esta misma línea, autores como Fernández–Berrocal, Ramos y Extremera (2001) Consideran que la inteligencia emocional presenta gran importancia en cuanto a la adaptación a diferentes contextos. Fernández-Berrocal y Extremera (2010), afirman que el concepto de inteligencia emocional se refiere a las diferencias individuales en la percepción, el procesamiento, la regulación y la utilización de la información emocional. Merece la pena analizar estas competencias que han demostrado tener un impacto significativo sobre la salud física y mental.²¹

El modelo de Bar-On (1997) está formado por cinco componentes clave

Figura 1 Modelo de Bar-on



Elaboración propia: Benavidez V V, Flores P R. La importancia de las emociones para la neurodidáctica. Rev. Wimb Lu [Internet]. 2019 [citado el 19 de septiembre de 2023];14(1):25–53. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/35935>

La actividad física

Bilbao (2013), las neuronas son devoradoras de oxígeno, por lo que el cerebro necesita un corazón fuerte y unas arterias en perfecto estado para funcionar a pleno rendimiento. Por esta razón, este autor confirma que el ejercicio aeróbico moderado realizado regularmente es un factor de primer nivel para evitar el deterioro del cerebro, la muerte neuronal y otras alteraciones asociadas al envejecimiento. Por tanto, la actividad física ayuda a mantener el cerebro sano y a que sus funciones, incluyendo la gestión emocional, se realicen adecuadamente.²⁰

El neurocientífico Fernández-Pinilla (2010), explica que la actividad física favorece la secreción de la proteína, es el factor neurotrófico derivado del cerebro más conocido por sus siglas en inglés BDNF (brain – derived neurotrophic factor) ^{es} una proteína que estimula el crecimiento neuronal. Esta proteína ayuda a crear nuevas sinapsis y nuevas redes neuronales que influyen directamente en el desarrollo intelectual en el más amplio sentido del término.²⁰

La actividad física supone un apoyo importante tanto en el fortalecimiento de emociones positivas como en la evitación de emociones negativas, Bilbao (2013). Al realizar cualquier tipo de actividad física, el organismo segrega hormonas y neurotransmisores (endorfina, serotonina) que nos hacen sentir bien. Aumenta el nivel de energía de nuestro organismo. Esta sensación suele tenerse durante la realización de la actividad ya que el efecto de las endorfinas es rápido y potente. La actividad física también influye en dos neurotransmisores que ayudan a regular los niveles de energía y de estrés que son la dopamina y la epinefrina. Ser una persona activa físicamente aumenta los niveles de dopamina previniendo los efectos adversos del agotamiento.

La epinefrina nos ayuda a afrontar situaciones de estrés, sin embargo, cuando el estrés es continuo, la presencia de este neurotransmisor agota al organismo y nos hace

sentirnos cansados y desanimados. En este caso, el ejercicio físico moderado puede reducir los niveles de epinefrina y por tanto de estrés.²⁰

Tipos de reacción ante una emoción

Se ha determinado tres tipos de reacciones emocionales, que son:

Reacción fisiológica

Es la reacción primera de emoción y se genera de forma involuntaria, involucra al Sistema nervioso autónomo, Sistema endócrino, expresiones faciales, cambios hormonales y tono de voz.²²

Reacción Psicológica

Es la manera en que se procesa la información, como se percibe lo que está ocurriendo en ese instante, puede ser consciente o inconsciente dependiendo de la experiencia. Es decir que en la emoción no se puede determinar que conducta generará, pero si expresa y da a conocer el estado de ánimo de una persona, sus necesidades, fortalezas, debilidades, entre otros.²²

Reacción conductual

Cualquiera que sea la emoción producirá un cambio de ánimo y de conducta que se apreciará a través de los gestos corporales. Las expresiones faciales conocidas por los individuos de manera general son miedo, tristeza, alegría y enojo.

Emociones complejas o de fondo

Estas se generan después de una emoción primaria, son aquellas, que, aunque son muy importantes no se exteriorizan mucho en el comportamiento, incluyen, la vergüenza, culpa, orgullo, ansiedad, celos, esperanza. Un buen observador puede detectar un grado de excitación, energía, tranquilidad nerviosismo etc. Prestando atención a movimientos, expresiones faciales, voz, es decir en todo el cuerpo.

Gestión de emociones

Es la capacidad de manejar las emociones de forma apropiada, suponiendo tomar conciencia de la relación entre la cognición, el comportamiento y la emoción. Para que esto pueda darse en una persona se debe contar con:

- **Expresión emocional adecuada:** Es la capacidad de expresar emociones de manera apropiada, implican el entendimiento del impacto que la propia expresión emocional y el comportamiento de uno mismo puede tener en el resto de las personas.
- **Habilidad de afrontamiento:** Es la capacidad de afrontar retos o situaciones de conflicto, con las emociones que estas generan, conllevan a regular la intensidad y duración de las emociones.
- **Capacidad para autogenerar emociones agradables:** Es la capacidad de autogenerar de manera consciente emociones agradables, buscando una mejor calidad de vida y bienestar para disfrutar de la vida.
- **Gestión de emociones y sentimientos:** Es aceptar que las emociones deben ser reguladas, incluyendo la gestión de la tolerancia a la frustración, impulsividad, resiliencia, etc.

Conciencia emocional

La conciencia emocional es la capacidad para tomar conciencia de las propias emociones y de las emociones de los demás, esto según Bisquerra (2009) lo cual para este autor incluye la habilidad para captar el clima emocional de un contexto determinado. El conocer las emociones propias y las de los demás se consigue a través de la observación propia y de las otras personas.

Dentro de esta competencia Bisquerra (2009) incluye las siguientes micro competencias:

- **Toma de conciencia de las propias emociones:** es la capacidad para percibir identificar y etiquetar las emociones propias.

- Dar nombre a las emociones: se refiere al uso de un vocabulario emocional adecuado para designar las emocionales que se experimentan.
- Comprensión de las emociones de los demás: es la capacidad para percibir las emociones de otras personas, así como de implicarse en sus vivencias emocionales por medio de la empatía.
- Tomar conciencia de la interacción entre emoción, cognición y comportamiento: hace referencia a que la emoción, cognición y conducta están en constante interacción y que “los estados emocionales inciden en el comportamiento y éstos en la emoción; ambos pueden regularse por la cognición” Bisquerra. (2009)
- Expresión emocional apropiada: “es la capacidad para expresar las emociones de forma apropiada”
- Regulación de emociones y sentimientos: se refiere a la regulación emocional, lo cual implica saber y aceptar que las emociones deben ser reguladas; esta
- Micro competencias incluyen: regulación de la impulsividad, tolerancia a la frustración, capacidad para diferir recompensas inmediatas a favor de otras más a largo plazo.
- Competencia para autogenerar emociones positivas: hace referencia a la capacidad para crear emociones que generen bienestar y disfrute de la vida, como por ejemplo la alegría, el amor.²²

Estrategias para gestionar las emociones

El modelo para regular las emociones y regulación de conflictos de forma asertiva es la Conciencia Emocional que dota de habilidades para reconocer y comprender las emociones propias, ajenas y saber ponerles nombre y tomar conciencia de la interacción que existe en la emoción y lo cognitivo y el comportamiento Adolescente.²²

Autoestima

Mejía, Pastrana y Mejía, (2011). plantea que la autoestima es considerada como la valoración que se tiene de sí mismo, involucra emociones, pensamientos, sentimientos, experiencias y actitudes que la persona recoge en su vida. Este proceso se va desarrollando, a lo largo del ciclo vital, a partir de las interacciones que realice el sujeto con los otros, lo cual posibilita la evolución del “Yo”, gracias a la aceptación e importancia que se dan las personas unas a otra, Naranjo, (2007).

Podemos retomar la pirámide de las necesidades de Abraham Maslow, en la cual la autoestima se considera como una necesidad afectiva o social, y a su vez como una necesidad de reconocimiento, lo que nos facilita entender su importancia dentro del desarrollo psicológico de la persona. Además, se recalca que, por la cualidad de ser humanos, se tiene la necesidad de vivir en comunidad y de tener un “otro” que le permita al sujeto estructurar su autoestima y poder sobrevivir en su entorno.

Componentes de la autoestima. Martínez, (2010). Menciona que son:

- Componente afectivo: es la respuesta afectiva que se percibe de sí mismo.
- Componente conductual: se refiere a las intenciones que se tienen al momento de actuar, acorde a las opiniones que se tengan de sí y lo que se esté dispuesto a realizar
- Componente cognitivo: este involucra las representaciones, creencias, ideas y descripciones que se hacen de sí mismo en los diferentes ámbitos de su vida.²²

Estrés

El estrés vocablo originario del término Stress el que a su vez proviene del latín strictus y que es el participio del verbo stringere, significa ceñir atar fuertemente.²³ En la actualidad el estrés es definido como el mecanismo de enlace entre un agente estresor y su órgano que resulta en una respuesta fisiológica y/o conductual. Durante esta respuesta al agente estresor, se da la liberación de glucocorticoides (cortisol y cortisona), siendo el cortisol el principal.²⁴

Reacciones emocionales ante la exposición a estrés.

Las primeras versiones médicas del estrés se apoyan en la idea de que el organismo es un sistema encargado de mantener el equilibrio interno, mediante mecanismos de retroalimentación planteados por Cannon, en (1932). Dicho modelo implica estabilidad, retroalimentación negativa e imposibilidad de transformación y por tanto, crecimiento. Hans Seyle, en 1936, detalló el proceso biológico a través del cual se genera la cascada de estrés y supuso que la esencia de respuestas, decidía si el organismo se sobreponía a la adversidad cualquiera que fuese. Durante la respuesta al estrés se activan dos tipos diferentes de circuitos en el sistema nervioso central.

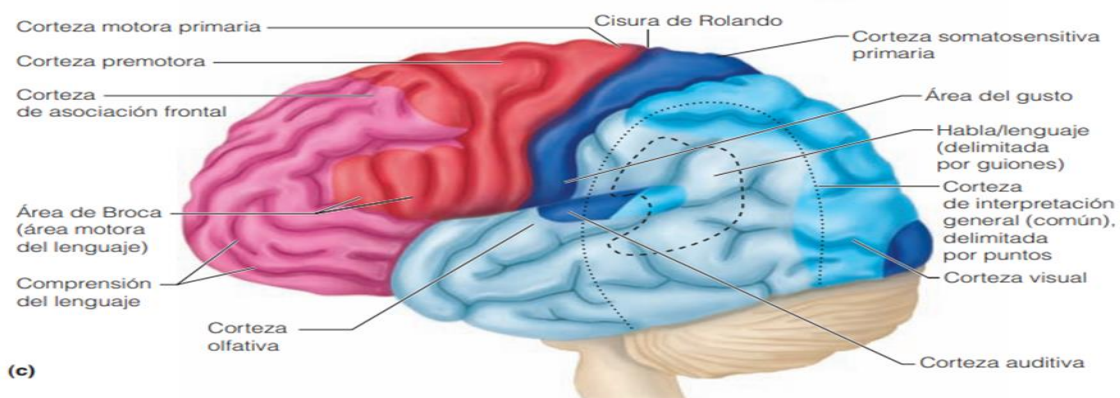
Por una parte, se involucran respuestas del sistema nervioso autónomo, tanto simpáticas como parasimpáticas, mientras que en el sistema nervioso central se realiza una interpretación cortical del estresor, aunada a la respuesta del sistema límbico y del eje hipotálamo-hipófisisadrenal. El hipotálamo activa al sistema neuroendocrino, secreta hormonas como la hormona liberadora de corticotropina, que estimula la secreción de glucocorticoides y generan altas concentraciones de cortisol y, dependiendo del tiempo de exposición al estresor, puede generar disfunción de la respuesta inmunitaria. Las reacciones emocionales pueden tener una intensidad leve o excesiva y pueden hacer que las personas logren desarrollar medidas de afrontamiento asertivas con el fin de adaptarse a la situación de lo contrario, genera conductas desadaptativas a nivel

emocional, conductual o cognitivo, que solo limitan el funcionamiento de quien la presenta y en muchas ocasiones, no le permite una adecuada toma de decisiones. En situaciones de normalidad, la corteza prefrontal regula las emociones, pensamientos y conducta; sin embargo, cuando el estrés ocasiona la pérdida de equilibrio, pueden aparecer fallas cognitivas, conductas disfuncionales y síntomas físicos pasajeros.²⁴

El cerebro humano es una de las estructuras más complejas, pero más importantes, debido a que dicta toda la actividad mental y física. El lóbulo frontal ejecuta las funciones más complejas del ser humano, participan en el control, la regulación y la planeación eficiente de la conducta humana, su objetivo principal es facilitar la adaptación a situaciones nuevas de expresión, también la ejecución de movimientos de destreza y la integración y expresión de la conducta emocional planificada opera por medio de la modulación habilidades cognitivas básicas habilidades o rutinas son procesos sobre aprendidos por medio de la práctica o la repetición incluyen habilidades motoras y cognitivas, como la lectura, la memoria o el lenguaje ejecución de movimientos de destreza y la integración y expresión de la conducta emocional.

El lóbulo occipital contiene importantes estructuras como el hipocampo y el sistema límbico, los cuales son encargados de la memoria y el sistema emotivo inconsciente.²⁴

Figura 2 Áreas funcionales del hemisferio cerebral, dibujo.



Le Vay D. Anatomía y fisiología humana. Paidotribo Editorial; 2000. [citado el 24 de octubre de 2023]; Pág. 244-255.

Elaboración en base a las funciones de los lóbulos.

Los colores más intensos (rojo y azul) indican las áreas corticales primarias (corteza motora y sensitiva). Los colores pastel (rosa y azul claro) representan las áreas de asociación de la corteza cerebral. Ahora bien, la vida diaria exige energía física, mental y emocional, logrando rendir al máximo, pero de manera desmedida también puede afectar al cuerpo. La respuesta más común del individuo frente a estas situaciones nuevas y de exigencia es produciendo cortisol que a su vez conduce al estrés.²⁴

El estrés, entendido como el conjunto de reacciones fisiológicas que disponen al organismo para la acción, su principal objetivo es preparar al cuerpo para la adaptación a los cambios del medio (eustrés), pero si supera la capacidad de asistencia y adaptación del individuo se produce el estrés patológico (o distrés).²⁴

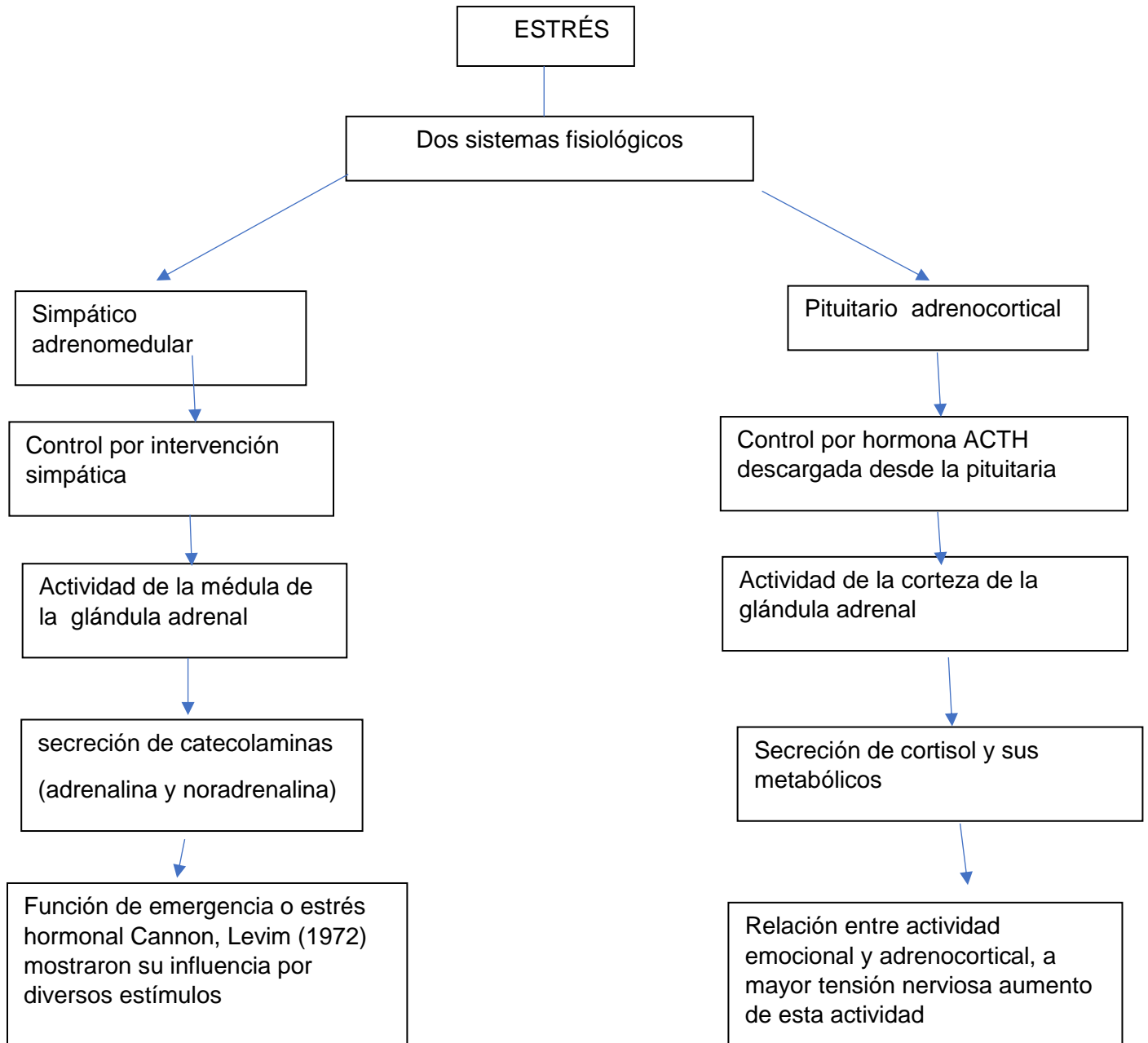
El análisis del estresor se compone en tres fases:

a) Recepción del estresor y filtro de las informaciones sensoriales por el tálamo.²⁴

b) Luego, programación de la reacción al estrés poniendo en juego el córtex prefrontal (implicado en la toma de decisión, la atención, la memoria a corto plazo) y el sistema límbico por un análisis comparativo entre la nueva situación y los "recuerdos": la respuesta se hará en función de la experiencia.²⁴

c) Finalmente, activación de la respuesta del organismo (vía la amígdala - memoria emocional) y el hipocampo (memoria explícita). Esta respuesta pone en juego el complejo hipotálamo-hipofisario, así como la formación reticular y los locus cerúleos.²⁴

Figura 3 Fisiología del estrés



Esquema del estrés: Romero E.E.R Young Salado-Castillo, R. (2019). Fisiología del estrés y su integración al sistema nervioso y endocrino. *Revista medico científica*, 32, 61-70.⁶³

Etimológicamente, la palabra estrés tiene su origen en el término inglés “stress” que significa “tensión” o “presión”. Este término proviene de la física, concretamente de la física de metales, donde se aplica para referirse a la modificación que experimenta un cuerpo “elástico” cuando actúa sobre él una fuerza externa.^{24]}

Viene del latín *astriñere*, que significa oprimir, apretar, atar. El estrés no se puede evitar porque es la respuesta de adaptación del cuerpo a cualquier demanda que se le haga.²⁴ Por tanto, por sí mismo no es malo, en tanto facilita la disposición para enfrentarse a las demandas del medio y sobrevivir. Lo cual indica que en el fenómeno del estrés hay al menos dos “momentos”; por una parte, una exigencia generada desde el “exterior” el “estresor”, estímulo o agente del estrés.

Lazarus y Folkman en (1986), plantean que la persona y el ambiente mantienen una relación dinámica, mutuamente recíproca y bidireccional, estresor y de respuesta, así como la posibilidad de considerar al estrés como motivador (eustrés) o como demanda excesiva (distrés). El estrés puede ser clasificado tomando como base la fuente generadora, según la percepción positiva o negativa, eustrés es un estado de tensión psíquica que favorece la activación para realizar actividades (en búsqueda de placer (armonía, gratificación, éxito, entre otras). El eustrés es la respuesta exitosa de adaptación,²⁴ hace referencia aquellas experiencias que son de duración limitada y que una persona puede manejar dejando alguna sensación de euforia y realización, una respuesta armónica respetando los parámetros fisiológicos y psicológicos.²⁴

El eustrés están relacionadas con acontecimientos cotidianos tales como enamorarse, noviazgo, matrimonio, embarazo o el nacimiento de un hijo, comenzar o finalizar una carrera, entre otros y es considerado como un “estrés necesario en la vida” debido a que brinda alegría, este comportamiento tienen que ver con la satisfacción, esparcimiento o diversión en general, con toda situación de carácter positivo el eustrés que hace referencia a las respuestas de estrés adaptativas que facilitan el óptimo y equilibrado desempeño del ser humano ante las demandas del medio.

El distraes se refiere a la relación de exceso – esfuerzos ante las demandas del medio, dando como resultado sufrimiento y desgaste, producto de un desorden fisiológico por aceleración e interacción de las catecolaminas, hipotálamo y glándulas suprarrenales.²⁴

El distrés, es un estado de tensión psíquica (Malestar, disgusto, tristeza). distrés es el fracaso que se manifiesta en sentimientos negativos, el distrés hace referencia a una respuesta negativa o exagerada de los factores estresores ya sea en el plano biológico, físico o psicológico y no se puede consumir el exceso de energía desarrollado y mentalmente agotadoras.²⁴

El estrés es una condición psicológica y física que altera el estado normal del cuerpo, generan afecciones o cambios notorios en la persona, cuyos efectos inciden en la salud física y mental, en el rendimiento laboral y académico, provocando preocupación y angustia. En el intento de dominar dicha situación se corre el peligro de que los recursos de afrontamiento se vean superados, llevando a una perturbación en el funcionamiento del individuo, lo que podría causarle dolor emocional, enfermedad e incluso la muerte. El estrés psicofisiológico agudo mejora la memoria episódica especialmente en eventos emotivos, en cambio la exposición crónica al agente estresor provoca contracción de las neuronas piramidales en el hipocampo, reduce el volumen del hipocampo, ocasionando alteraciones en la memoria a largo plazo.²⁴

Desde un enfoque biológico, el estrés un fenómeno multifactorial y por la necesidad de desarrollar estrategias de afrontamiento desde edades tempranas. Según Grau, Hernández y Vera se considera que del 50 a 75% de todas las enfermedades y accidentes del hombre moderno se relacionan con un exceso de estrés.²⁵ Los agentes estresores elevan los niveles de glucocorticoides, promoviendo la ingesta de comida rica en calorías, lo que aumenta la deposición de grasa, particularmente en la región abdominal y la duración del evento estresor ocasiona reacciones inmediatas, intermedias y crónicas al estrés, siendo las exposiciones crónicas las relacionadas al desarrollo de patologías.²⁴

Estrés agudo

El trastorno por estrés agudo (TEA) es un padecimiento que se presenta como consecuencia de algún acontecimiento traumático caracterizado por sintomatología que inicia a partir de tres días hasta cuatro semanas después del evento.²⁵ Muchas personas que han estado expuestas a un evento traumático o estresante exhiben un fenotipo que muestra como su características clínica más importante es el miedo y ansiedad, hedónicos y disfóricos exteriorizados como síntomas de enfado y hostilidad o síntomas disociativos, se han agrupado en trauma y trastornos relacionados con factores de estrés.

Síntomas de intrusión

- 1.-Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso(s) traumático(s).
- 2.-Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso(s).
- 3.-Reacciones disociativas.
- 4.-Malestar psicológico intenso o prolongado, o reacciones fisiológicas importantes en repuesta a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso.

Estado de ánimo negativo

- 5.-Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas síntomas disociativos.
- 6.-Sentido de la realidad alterado del entorno o de uno mismo.
- 7.- Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso(s) traumático(s) (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).

Síntomas de evitación

8.-Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

9.-Esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del o estrechamente asociados al suceso(s) traumático(s).

Síntomas de alerta

10.-Alerta del sueño.

11.-Comportamiento irritable y arrebatos de furia.

12.-Hipervigilancia.

13.-Problemas con la concentración.

14.-Respuestas sobresalto exageradas.

Prevalencia

El estrés agudo tiende a identificarse en menos del 20 % de los casos después de sucesos traumáticos que no impliquen un asalto interpersonal, entre el 13 y el 21 % de los accidentes de vehículos a motor, en el 14 % de las lesiones cerebrales traumáticas leves, en el 19 % de los casos de asalto, en el 10 % de las quemaduras graves, y entre el 6 y el 12 % de los accidentes industriales. Las tasas más altas (es decir, el 20-50 %) se manifiestan después de eventos traumáticos interpersonales.²⁵

Ansiedad

El término ansiedad proviene del latín anxietas que significa estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo Real Academia Española, 2014. Dicha definición se solapa con el término angustia, con el cual comparte su raíz etimológica. Pichot, 1999.

La Asociación Psiquiátrica Americana (2013), define a la ansiedad como aprensión, tensión o dificultad que surge por la anticipación de un peligro cuya fuente es desconocida. En tanto, Lazarus (2000), se refiere a la ansiedad como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. Navas (1989), en un intento de precisar la ansiedad, la diferencia de otros estados y la explica como un estado emocional, un compuesto o mezcla de sentimientos, conductas y reacciones o sensaciones fisiológicas.

Expone que, en el aspecto subjetivo, la ansiedad es un sentimiento o emoción única que es cualitativamente diferente de otros estados emocionales tales como tristeza, depresión, coraje o pesadumbre y agrega que se caracteriza por varios grados de sentimientos de aprensión, temor, terror o nerviosismo. Clark y Beck (2012), conceptualizaron a la ansiedad como un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se dispara al anticipar sucesos percibidos como imprevisibles, incontrolables y potencialmente amenazantes para los intereses vitales de una persona.²⁶

Tabla 1

Síntomas de ansiedad

SINTOMAS FISICOS	SINTOMAS PSICOLOGICOS
Vegetativos mareo aturdimiento desmayo escalofríos o sensación de calor desrealización mareo sudoración, sequedad de boca	Preocupación excesiva irritabilidad inquietud desasosiego
Neuro musculares dolor, tensión muscular temblores sacudidas parestesias	Miedo excesivo
Cardio vasculares: palpitaciones taquicardia dolor precordial molestia en el tórax	miedo a perder el control inhibición o bloqueo psicomotor o del lenguaje
Respiratorios sensación de ahogo dificultad para respirar	miedo a morir o a volverse loco o sensación de muerte inminente
Digestivos nauseas, malestar abdominal, vomito, dispepsia, diarrea estreñimiento,	Dificultad en la concentración quejas de pérdida de memoria
Genitourinarios micción frecuente problemas en la esfera sexual	Conductas de evitación en determinadas situaciones

Elaboración propia, Ceberio M, Jones GM, Benedicto MG. La ansiedad en la población argentina en el contexto de pandemia por el COVID-19. Revista de Psicología. 2021 Feb 14;081.

De acuerdo con la teoría cognitiva Barlow y Durand 2001, Clark y Beck (2012), la ansiedad es una condición humana desarrollada evolutivamente que brinda ventajas sobre las otras especies y es una respuesta emocional compleja que se activa ante procesos de evaluación y reevaluación cognitiva, permite al sujeto relevar y analizar información relevante sobre la situación, los recursos y el resultado esperado, para estratégicamente actuar en consecuencia posee una función eminentemente adaptativa cuya finalidad es guiar el comportamiento para lidiar con circunstancias anticipadas como aversivas o difíciles.

La ansiedad en intensidad moderada impulsa y mejora el desempeño físico e intelectual, moviliza al sujeto para la resolución de problemas y favorece la adaptación en contextos novedosas o aversivos Barlow y Durand (2001).²⁶

La respuesta de ansiedad comprende diversos procesos en continua interrelación: cognitivos, fisiológicos, conductuales y afectivos.²⁶

Los procesos cognitivos

Refieren a los mecanismos involucrados en el procesamiento de la información relevante de la situación y de sí mismo. Las manifestaciones cognitivas de ansiedad incluyen aprensión, miedo, autopercepción de indefensión, escasa concentración y memoria, dificultades de razonamiento, sensación de irrealidad, despersonalización.

Los procesos fisiológicos

Son generados automáticamente por la activación combinada de la rama simpática y parasimpática del sistema nervioso autónomo, teniendo como finalidad preparar al organismo para actuar en contextos valorados como amenazantes o peligrosos. Las manifestaciones fisiológicas de ansiedad incluyen: taquicardia, tensión muscular, sudoración, hiperventilación, opresión torácica, parestesias, entre otra.

Los procesos conductuales

Refieren a las acciones generadas con la finalidad de prevenir, controlar, luchar o huir del peligro. Las manifestaciones conductuales incluyen respuestas de paralización, cautela, abandono, evitación y/o búsqueda de seguridad. Las alteraciones conductuales asociadas a la ansiedad pueden interferir, limitar o deteriorar el funcionamiento diario del sujeto en áreas importantes de su vida. Finalmente, los procesos afectivos aluden a la experiencia subjetiva de la sensación ansiosa.²⁶

Ansiedad patológica

Es una respuesta emocional exagerada desproporcionada en relación con el valor objetivo de amenazas que posee la situación estimular. derivada de una cognición disfuncional que atribuye una valoración errónea del peligro. Barlow (2002), Clark y Beck (2012). Han demostrado que las emociones positivas empática, simpatía y gratitud. Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura.²⁶

Tabla 2 Trastornos de ansiedad y criterios diagnósticos

TRASTORNOS DE ANSIEDAD	CRITERIOS DIAGNÓSTICOS
Trastorno de ansiedad por separación	Miedo o ansiedad excesiva e inapropiado concerniente a su separación preocupación excesiva a la posibilidad de acontecimientos adversos
Mutismo selectivo	Fracaso constante para hablar en situaciones sociales, alteración interfiere en los logros educativos y laborales o en la comunicación social
Fobias específicas	Miedo o ansiedad intensa o inmediata por un objeto situación específica, evitación de situaciones asociadas a síntomas de pánico
Trastorno de ansiedad social	Miedo o ansiedad intensa a una o más situaciones sociales, miedo a actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad
Trastorno de pánico	Ataques imprevistos recurrentes, súbito de miedo o malestar intenso que alcance su expresión en minutos
Agorafobia	Miedo o ansiedad intensa, el individuo teme o evita situaciones debido a la idea de escapar
Ansiedad generalizada	Ansiedad y preocupación excesiva a la persona le es difícil controlar la preocupación
Ansiedad inducida por sustancias	Los ataques de pánico o la ansiedad predominan los síntomas del criterio A se desarrollan durante o poco después de la intoxicación
Ansiedad a otras afecciones médicas	Consecuencias fisiopatológicas, delirium

Elaboración propia, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) ²⁷

Tratamiento de la ansiedad:

Tratamiento no farmacológico

- ❖ Disminuir o discontinuar la cafeína y otros estimulantes del sistema nervioso central (SNC).
- ❖ Minimizar el uso de alcohol y otros sedantes o hipnóticos.
- ❖ Regular el ejercicio aeróbico, de forma que dure más de 20 minutos.
- ❖ Si es apropiado, involucrar al paciente en un programa de salud mental local u otro grupo de apoyo disponible.
- ❖ Utilizar estrategias para el manejo de la ansiedad como pueden ser la psicoterapia y las técnicas de relajación.
- ❖ Ante un síndrome de hiperventilación con parestesias en las manos y en la boca, mareo debido a la hipercapnia y alcalosis respiratoria es útil decir al paciente que respire en una bolsa de papel para normalizar el nivel de carbónico.

La evidencia demuestra que en la mayoría de los casos los mejores resultados se obtienen con un tratamiento mixto, psicoterapia y farmacológico, especialmente en el caso de la ansiedad generalizada.²⁸

La terapia cognitivo conductual (TCC) y la terapia psicodinámica se considera tratamiento de primera línea se ha combinado como estrategias de exposición como objetivos buscando modular los patrones del pensamiento Kumar y Sakar, comparten que la TCC es una terapia orientada al paciente en el presente, desarrollando patrones cognitivos, comportamientos aptos para su ambiente y relaciones interpersonales, cuyo objetivo es colocar cierto estrés controlado para que el paciente desarrolle sus habilidades y evitando recaídas. La exposición de objetos, situaciones o actividades que generen un efecto negativo en el paciente, pueden aumentar temporalmente la angustia, pero eventualmente conduce a reducción de la ansiedad crónica. La terapia cognitivo conductual es aplicada por períodos de entre 10 a 20 semanas, son terapias habitualmente utilizadas en trastornos depresivos y ansiosos.²⁸

Tratamiento farmacológico

Los trastornos de ansiedad (TA) son enfermedades crónicas que pueden llevar a la discapacidad, por lo que su diagnóstico y el inicio de tratamiento es fundamental para la calidad de vida, usualmente se brinda tratamiento con antidepresivos y benzodiacepinas. Es de suma importancia informar al paciente de su prescripción, inicio del tratamiento, efectos adversos, riesgo por discontinuidad o suspensión del mismo tiene resultados significativos para el descenso de la ansiedad, produce una mejoría significativa en la calidad de vida y reducción por discapacidad.²⁹

Los antidepresivos son el tratamiento farmacológico de primera línea para la mayoría de los TA a excepción de fobias específicas La mayoría de antidepresivos tiene su acción en el sistema monoaminérgico, el cual tiene efecto en el sistema de neurotransmisores, principalmente la dopamina, serotonina y la noradrenalina, aumentando la disponibilidad en la hendidura sináptica estableciendo regulación en los receptores postsinápticos, el efecto clínico se manifestará de 2 - 4 semanas tras el inicio de su uso, debido a los cambios adaptativos en los neurotransmisores y su receptor clasificación.²⁹

Tabla 3 Tratamiento Farmacológico

FARMACO	EJEMPLO
(ISRS) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	Escitalopram, Sertralina
(IRSN) Inhibidores de la recaptación de serotonina noradrenalina	Venlafaxina, Duloxetina, Paroxetina
(TCA) Antidepresivos tricíclicos	Clomipramina, Imipramina
(IMAO) Inhibidores de la monoaminoxidasa	moclobemida, fenelzina.

Elaboración propia, Delgado E, De La Cera D, Lara M, Arias R. GENERALIDADES SOBRE EL TRASTORNO DE ANSIEDAD. Revista Cúpula [Internet]. 2021;35(1):23–36. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>

Benzodiazepinas

Las BZD son psicotrópicos que poseen efectos ansiolíticos, hipnóticos, miorelajantes, anticonvulsivantes y amnésicos Las BZD son psicotrópicos que poseen efectos ansiolíticos, hipnóticos, miorelajantes, anticonvulsivantes y amnésicos.²⁹

Tabla 4

Clasificación de las benzodiazepinas según su vida de acción

ACCIÓN LARGA	1.- Diazepam 2.- Clonazepam 3.- Flurazepam
ACCIÓN INTERMEDIA	1.-Lorazepam 2.- Alprazolam 3.-Lormetazepam
ACCIÓN CORTA	1.- Bentazepam 2.- Bromazepam 3.- Midazolam

Elaboración propia, Delgado E, De La Cera D, Lara M, Arias R. GENERALIDADES SOBRE EL TRASTORNO DE ANSIEDAD. Revista Cúpula [Internet]. 2021;35(1):23–36. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>

La OMS define como un factor de riesgo a cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”. También se reconoce que estos factores de riesgo estarán asociados a la presencia de esa enfermedad o lesión.¹⁸

La práctica de autolesiones en los seres humanos es un fenómeno que ha estado ligado a factores como la cultura y la religión desde los inicios del hombre como especie dominante en el planeta. Han existido diferentes tipos de autolesiones cuya significación otorgada a sido diversa, tal y como se describe en la siguiente cita, desde el neolítico la historia humana se ha plagado de modificaciones corporales aplicación de joyas, vestimentas, peinados y mutilaciones, que implican cortar, cercenar o lesionar de forma permanente el esqueleto o los dientes y prácticas de escarificación, tatuaje, perforación corporal desde una perspectiva antropológico-clínica.¹³

Este fenómeno ha sido motivación de estudios que han perseguido la meta de determinar cuál es la relación existente entre estas conductas o actividades que implican un riesgo para la salud y las autolesiones, especialmente en la población joven, debido a que pueden manifestarse complicaciones médicas y además puede ser diagnosticada, algún tipo de psicopatología implícita.¹³

Autolesiones no suicidas

Son una respuesta patológica a la falta de regulación emocional y la tolerancia a la aflicción que proporciona alivio rápido pero temporal de las emociones, pensamientos y sentimientos perturbados, estos sucesos pueden ser frecuentes realizados durante un acto impulsivo que no da tiempo de la reflexión. También se definen como la destrucción tisular propositiva que el individuo realiza a su propia piel o cuerpo sin la intención de morir.³⁰ De acuerdo con Kerr (2010). Plantea que las autolesiones como cualquier conducta con intencionalidad y autodirigida que causa destrucción inmediata de tejidos corporales. Existen diferentes formas en esta conducta, como serían los cortes, quemaduras o golpes. Se encuentran asociadas las autolesiones crónicas a una gran variedad de problemas de salud, tanto psiquiátricos como somáticos.¹¹

Conductas autolesivas en adolescente

Se han convertido en un problema de salud pública en los adolescentes del mundo, de nuestro país y nuestro medio. Existen diversos factores que están asociados con este tipo de conductas como el abuso de sustancias, la presencia de ansiedad y depresivos, la autoestima, funcionabilidad familiar, disfuncionalidad familiar, violencia familiar y escolar, abuso sexual entre otros. Para Mayer 2016, expresa que las autolesiónese como conductas deliberadas a las que están destinadas a producir daño físico en su cuerpo sin ocasionar la muerte, un factor asociado con el comportamiento suicida.³⁰

Conducta autolesiva compulsiva

Se hacen de forma reiteradas las autolesiones como: rascarse o arañarse la piel o tirar del cabello causándose sangrado o rozadura, también pueden practicar el morderse las uñas, la frecuencia de leve a moderado se presentan reiteradamente considerándose así una compulsión.³⁰ El DSM-V 2013 ha incluido el trastorno de conducta autolesivas las cuales requiere de más estudios. Definición de autolesión a los daños de la superficie corporal que causa sangrado hematomas o dolor que se infringe con la expectativa de que la lesión solo conlleva al daño físico leve o moderado.²⁷

La Asociación de psiquiatría Americana apunta como desafío para la salud mental comprender el trastorno que permitan determinar si se trata de un síntoma o de un síndrome independiente para lo que es necesario diluir su comorbilidad con otros trastornos que se encuentran asociados al trastorno de la personalidad límite, trastorno del estado de ánimo Aguilera- Losada, López-López y Maga-Magan (2017), trastorno disociativo, trastorno del control impulsivo, trastorno por abuso de sustancias ,trastorno de conducta alimentaria, esquizofrenia y otros trastornos de estrés postraumático Ibáñez-Aguirre (2017) y Boehme (2023) Ulloa- Flores (2013).³¹

Autolesiones no suicidas

Criterios propuestos

En al menos 5 días del último año. El individuo se ha infringido intencionalmente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematomas o dolor (cortar quemar, pinchar golpear, frotar en exceso) con la expectativa de que la lesión sólo conlleve a un daño físico leve o moderado (es decir no hay intención suicida).

Nota: La ausencia de intención suicida o bien ha sido expresada por el individuo o bien puede interferirse de la realización repetida por parte del individuo de comportamiento que sabe o ha aprendido que no es probable que tenga como resultado la muerte.

B. El individuo realiza los comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas:

- 1.- Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo.
- 2.- Para resolver una dificultad interpersonal.
- 3.- Para inducir un estado de sentimiento positivos.

Nota: El alivio o respuesta deseados se experimentan durante poco des pues de la autolesión y el individuo puede presentar patrones de comportamiento que sugieren una dependencia de realizarlos repetidamente.²⁷

Las autolesiones intencionadas se asocian con al menos una de las siguientes:

- 1.- dificultades interpersonales, sentimientos, pensamientos negativos tales como la depresión, la ansiedad, la tensión el enfado, el sufrimiento generalizado o la autocrítica que tiene lugar en el período inmediatamente anterior al acto autolesivo.
- 2.- Un período de preocupación con el comportamiento que se presenta realizar que es difícil de controlar y que aparecen antes de realizar el acto.
- 3.- Pensamiento acerca de autolesionarse que aparecen frecuentemente incluso cuando no se actúan.

El comportamiento no está aceptado socialmente no se limita a arrancarse una costra o morderse las uñas.

El comportamiento o sus consecuencias provoca malestar clínicamente significativo interfiere con las áreas interpersonales académicas, otras áreas importantes del funcionamiento.

El comportamiento no aparece exclusivamente durante los episodios psicóticos el delirium, la intoxicación por sustancias o la abstinencia de sustancias, en el individuo con un trastorno del neuro desarrollo, el comportamiento no es parte de un patrón de estereotipias repetitivas el comportamiento no se explica mejor por otro trastorno del espectro autista discapacidad intelectual , síndrome de Lesch- Nyhan trastorno de

movimiento estereotipado con comportamiento autolesivo, tricotilomanía, trastorno excoriación.²⁷

Características diagnósticas

La característica esencial de la autolesión no suicida es que el individuo se inflige lesiones superficiales, aunque dolorosas en la superficie de su propio cuerpo de una manera repetida. El objetivo habitualmente es reducir las emociones negativas como la tensión, la ansiedad y el autorreproche, o resolver una dificultad interpersonal. En algunos casos, la lesión se concibe como un autocastigo merecido. El individuo a menudo refiere una sensación de alivio inmediato que tiene lugar durante el proceso. Cuando el comportamiento aparece con frecuencia, puede asociarse con una sensación de urgencia y de ansias, ocasionando un patrón de comportamiento que se asemeja a una adicción.

Las heridas infligidas pueden hacerse más profundas y más numerosas. Lo más frecuente es que la lesión se realice con un cuchillo, aguja, cuchilla u otro objeto afilado. Entre las zonas de lesión frecuentes están la región frontal de los muslos y la cara dorsal del antebrazo. Una sola sesión de lesiones puede conllevar una serie de cortes superficiales paralelos separados por 1 o 2 centímetros en una localización visible o accesible. Los cortes resultantes a menudo sangrarán y finalmente dejarán un patrón de cicatrices característico. Otros métodos utilizados incluyen clavar una aguja o la punta de un cuchillo afilado en una determinada zona, más habitualmente en la parte alta del brazo, realizar una quemadura superficial con una colilla encendida, o quemar la piel frotándola de manera repetida con una goma de borrar.

Las autolesiones no suicidas realizadas mediante diversos métodos se asocian con psicopatología más grave, incluso con llevar a cabo intentos de suicidio y la gran mayoría de los individuos que se producen autolesiones no suicidas no busca asistencia clínica. No se sabe si esto es así porque se considera estigmatizante referir los síntomas con

precisión o porque el individuo que realiza estos comportamientos los vive de una manera positiva y carece de motivación para ser tratado. Los niños pequeños pueden experimentar con estos comportamientos, pero no sienten alivio, en estos casos, los jóvenes a menudo refieren que el procedimiento es doloroso o angustiante y pueden interrumpir su práctica.²⁷

Desarrollo y Curso

Lo más habitual es que la autolesión no suicida comience en la adolescencia temprana, y puede continuar durante muchos años. El ingreso hospitalario por autolesión no suicida alcanzan un pico a los adolescentes, sin embargo, la investigación que ha estudiado la edad de ingreso no aporta información acerca de la edad de inicio del comportamiento, y se requieren estudios prospectivos para delimitar el curso evolutivo de la autolesión no suicida y los factores que promueven o inhiben su curso. Los individuos a menudo aprenden el comportamiento a causa de la recomendación u observación de otra persona. La investigación ha demostrado que cuando se ingresa a un individuo con una autolesión no suicida en una unidad de hospitalización, los demás individuos de la unidad podrían comenzar a realizar este comportamiento.²⁷

Diagnóstico diferencial

Trastorno de la personalidad límite. Tal y como se ha indicado, la autolesión no suicida se ha considerado durante mucho tiempo un "síntoma" del trastorno de la personalidad límite, aunque las evaluaciones clínicas detalladas han encontrado que la mayoría de los individuos con autolesiones no suicidas tiene síntomas que también cumplen los criterios de otros diagnósticos, en especial de los trastornos de la conducta alimentaria y de los trastornos por consumo de sustancias. Históricamente la autolesión no suicida se consideraba patognomónica del trastorno de la personalidad límite.

Ambas afecciones se asocian con varios otros diagnósticos, aunque se asocian con frecuencia, los sujetos con autolesiones no suicidas no siempre presentan un trastorno de la personalidad límite. Los individuos con trastorno de la personalidad límite a menudo presentan comportamientos alterados agresivos y hostiles, mientras que la autolesión no suicida se asocia más a menudo con las fases de cercanía, con los comportamientos colaboradores y con las relaciones positivas. A un nivel más esencial, existen diferencias en la implicación de los diferentes sistemas de neurotransmisores, pero éstas no van a ser evidentes en la exploración clínica ²⁷

Trastorno del comportamiento suicida.

La distinción entre la autolesión no suicida y el trastorno de comportamiento suicida se basa en que el objetivo del comportamiento referido sea, o bien un deseo de morir (trastorno de comportamiento suicida), o bien experimentar alivio tal y como se describe en los criterios durante la autolesión no suicida. Los individuos pueden aportar la información según les convenga en función de sus circunstancias, y varios estudios muestran unas tasas elevadas de intenciones falsas en la declaración. El individuo con antecedentes de episodios frecuentes de autolesión no suicida han aprendido que una sesión de cortes, aunque dolorosa, es esencialmente benigna a corto plazo.

Puesto que el individuo con autolesión no suicida pueden intentar suicidarse y llegar a hacerlo, es importante revisar los antecedentes de comportamientos suicidas y obtener información de terceras personas en cuanto a cambios recientes en la exposición a factores de estrés y en el ánimo. La probabilidad de un intento de suicidio se ha asociado con el uso previo de varios métodos para autolesionarse. ²⁷

Afrontamiento

Moos y Schaefer (1993), distinguen el afrontamiento como una disposición estable del sujeto (estilo de afrontamiento), o dependiente del factor contextual, dándole un carácter de transitoriedad y concreción a la hora de responder ante situaciones estresantes específicas.

³²Afrontamiento es un proceso dinámico, que se define como el conjunto de recursos, que un sujeto utiliza para resolver o mejorar situaciones problemáticas, y reducir las tensiones que esas situaciones generan. Estos recursos pueden ser creencias, motivaciones, habilidades sociales, apoyo social y recursos materiales ³³

Estrategias de afrontamiento.

La Clasificación de las estrategias de afrontamiento para Connor Smith y Flachsbrt ³³ están en dos categorías: primero de compromiso o adaptativo con acciones y emociones que permitan mejorar y afrontar emociones y situaciones adversas que generen desequilibrio en el individuo; mientras que la segunda de falta de compromiso o desadaptativo lo que hacen es desvincular y distanciar al individuo de las situaciones de estrés, creando una huida de la situación de peligro.

El afrontamiento se define como los esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza una persona para manejo y control tanto a demandas externas (ambiente, diversos estresores) como a las internas (características de la personalidad, estado emocional) y que son evaluadas como algo que excede los recursos o posibilidades de la persona. Investigaciones recientes resaltan la importancia de uso de estrategias de afrontamiento tanto adaptativo como desadaptativo.

Las estrategias de afrontamiento

Se consideran factores protectores que deben tenerse en cuenta en contextos de situaciones complejas para el ser humano, es decir para hacer frente a innumerables

problemas. En un análisis demostró que la mayoría de estrategias de afrontamiento activas se correlacionan positivamente con la resiliencia, las estrategias de afrontamiento evasivas se correlacionan negativamente con la resiliencia.

Las estrategias se clasifican

- Distanciamiento: Negar la existencia del problema
- Auto control: No dejarse llevar por las propias emociones
- Asumir la responsabilidad: Responsabilizarse o no de lo sucedido
- Reevaluación positiva: Consiste en buscar un significado más amplio de lo sucedido que permita reevaluar positivamente lo sucedido.³³

Las formas de afrontamiento que resultan adaptativas serían aquellas que consiguen disminuir el estrés fisiológico y mejorar la respuesta corporal (por ejemplo, mejorar la respuesta inmunitaria o disminuir el gasto cardíaco), minimizar las reacciones emocionales subjetivas negativas y amplificar las positivas, así como reforzar la autoestima, aumentar recompensas y disminuir castigos o resolver los problemas y mejorar el rendimiento y ajuste social.³²

Las estrategias de afrontamiento familiar

Pueden potencialmente fortalecer y mantener los recursos de la familia, con el fin de protegerla de las situaciones estresantes y garantizar un manejo adecuado de su dinámica. Estas se manifiestan a través de la comunicación, los vínculos y la promoción de una autoestima positiva entre sus miembros, las estrategias de afrontamiento en las familias no se crean en un solo instante, sino que se forman y se modifican con el tiempo estas estrategias cumplen una serie de funciones, como son mantener las condiciones internas satisfactorias para la comunicación y la organización familiar, promover la independencia y la autoestima de sus miembros, mantener los vínculos de coherencia y

de unidad en la familia, mantener y desarrollar el apoyo social y las transacciones con la comunidad, así como controlar el impacto de las situaciones y el cambio en el sistema familiar.³²

Resiliencia

La palabra “resiliencia” procede del término inglés *resilience* que tiene su origen etimológico proveniente del latín *resilioresilire*, cuyo significado se asocia a botar, rebotar o saltar de nuevo, para Forés y Grané (2012) y Gil (2010), recoge el primer documento escrito en lengua inglesa, en el que aparece la palabra *resilience*.³⁵ Fergus y Zimmerman, (2005). plantea que el proceso es superar los efectos negativos de la exposición al riesgo, afrontamiento exitoso de las experiencias traumáticas y la resiliencia en salud se ha conceptualizado como la capacidad de mantener una buena salud en medio de una gran adversidad, capacidad que puede emerger en el desarrollo relacional, adquiriéndose en el ambiente Hartling (2008). Sanders Lim y Sohn (2008), la resiliencia evitación de las trayectorias negativas asociadas con el riesgo.³⁴

La resiliencia se caracteriza por un afrontamiento efectivo de los eventos estresantes, por la capacidad de resistir a la destrucción, es variable a lo largo del tiempo, aunque implica un efecto duradero, es fruto de un proceso dinámico, y depende de las características específicas de las situaciones estresantes y de los individuos, así como de la interacción de la persona y su entorno humano. La capacidad de adaptabilidad, de recuperarse de forma rápida de una experiencia inicial de angustia. Norris, Tracy, y Galea, (2009).³⁴ La resiliencia es la capacidad para afrontar las adversidades o pérdidas de la vida y transformadas positivamente avanzando y superando las dificultades.³⁵

La resiliencia se ha definido como la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves Mancaos, Vanistendael, Lecomte y Cyrulnik (2003).³⁵

También definimos a la resiliencia, la cual consiste en la transformación de las situaciones adversas a eventos positivos; una persona resiliente es la que se adapta positivamente a situaciones negativas con sus propios recursos potenciando fortalezas.

Grotberg (1995) señala tres posibles factores de protección ante acontecimientos traumáticos

Los atributos personales como:

- Inteligencia.
- Autoestima.
- Capacidad para resolver problemas.

a) La competencia social.

b) Los apoyos del sistema familiar y derivados de la comunidad.

Una de las clasificaciones que mejor resumen las variables personales y ambientales que correlacionan positivamente con la resiliencia es la elaborada por Masten (2004). Se ha establecido un listado de factores de riesgo y de protección, agrupados en tres categorías diferentes:

- Individual
- Familiar
- Social.

Para esto necesitamos relacionar dos procesos (protectores y de riesgo) los protectores permiten al individuo llevar una vida normal a pesar de situaciones desfavorables o de peligro, por el contrario los de riesgo son aquellos que predisponen a un resultado negativo aumentando la vulnerabilidad de las personas. Uno de los factores de protección de salud es la resiliencia, necesario para aumentar la salud de esta población, este factor resiliente permite que las personas se recuperen más rápido de situaciones adversas.³⁴

Tabla 5 Factores individuales

FACTORES DE RIESGO	FACTORES PROTECTORES
<ul style="list-style-type: none"> • Nacimiento prematuro con bajo peso al nacer 	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuada nutrición y cuidados de la salud
<ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel de auto eficacia • Presencia de discapacidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Alto nivel de competencias sociales • Autoeficacia y autoconcepto positivo
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas del desarrollo psicológico y social 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de solucionar problemas
<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de conducta y emocionales 	<ul style="list-style-type: none"> • Poseer la sensación de seguridad y bienestar
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de madures social 	<ul style="list-style-type: none"> • Niveles intelectuales y superiores
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para solucionar problemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser afectuoso

Elaboración propia, Asensio-Martínez A, Magallón-Botaya R, García-Campayo J. Resiliencia: impacto positivo en la salud física y mental. Int J Dev Educ Psychol Rev. INFAD Psicol [Internet]. 2018 [citado el 19 de septiembre de 2023];2(2):231. Disponible en: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1096>

Tabla 6 Factores familiares:

FACTORES DE RIESGO	FACTORES PROTECTORES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Falta de recursos materiales y económico ○ Divorcio o separación ○ Falta d empleo y bajos niveles educativos ○ Desórdenes mentales de los padres ○ Drogadicción ○ Violencia intrafamiliar 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Armonía familiar y material ○ Cohesión familiar ○ Redes de apoyo de la familia externa y de otras amistades
<ul style="list-style-type: none"> ○ Inconsistencia en la disciplina 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Seguridad económica ○ Acceso familiar a sistema de salud y educativo
<ul style="list-style-type: none"> ○ Familia numerosa 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Modelos positivos de los adultos que les rodean ○ Padres competentes y responsables con alta autonomía
<ul style="list-style-type: none"> ○ Vivir en aislamiento social 	

Elaboración propia Asensio-Martínez A, Magallón-Botaya R, García-Campayo J. Resiliencia: impacto positivo en la salud física y mental. Int J Dev Educ Psychol Rev. INFAD Psicol [Internet]. 2018 [citado el 19 de septiembre de 2023];2(2):231. Disponible en: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1096>

Tabla 7 Factores Sociales

FACTORES DE RIESGO	FACTORES PROTECTORES
<ul style="list-style-type: none"> • Limitadas oportunidades de empleo y educación • Vivir en ambientes de violencia y pobreza • Falta de acceso a los cuidados de la salud • Carencia de relaciones de apoyo en la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a los sistemas educativos y de salud • Oportunidades de empleo • Vivir en comunidades seguras • Estabilidad económica • Políticas que favorezcan el bienestar social

Elaboración propia Asensio-Martínez A, Magallón-Botaya R, García-Campayo J. Resiliencia: impacto positivo en la salud física y mental. Int J Dev Educ Psychol Rev. INFAD Psicol [Internet]. 2018 [citado el 19 de septiembre de 2023];2(2):231. Disponible en: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1096>

2.2 Marco empírico

Se realizó la búsqueda electrónica exhaustiva de estudios científicos publicados entre el 2017 al 2022 en 9 bases de datos las cuales son: PubMed.gov, Biblioteca digital de la UNNAM, Cochrane Librar, LILACS (Literatura latinoamericana del Caribe en Ciencias de la Salud) Google Scholar, Dialnet, Redalyc.org, ELSEVIER, SciELO, ResearchGate, THOMSON REUTERS, EBSCO host, los criterios de selección fueron artículos del año 2017 al 2022 de investigación en seres humanos estudios de métodos cualitativos descriptivo -transversal, para la búsqueda se utilizó los determinante: Adolescencia, Estudio de Caso, Emociones, Autolesiones y Ansiedad y otra información personal y directa. Se registra, se filtra organiza y analiza los datos que se extrajeron de los artículos científicos permitieron seleccionar un total de 60 artículos de los cuales se obtiene de manera global y países latinoamericanos como datos obtenidos.

La OMS clasifica las autolesiones Según la OMS 2019 en el año 2016 cerca de 62000 adolescentes murieron a causa de autolesiones. Asimismo, el suicidio es considerada mundialmente la tercera causa de muerte en adolescentes entre 15 y 19 años, teniendo en cuenta que más del 90 por ciento de los suicidios en adolescentes ocurren en países de ingresos bajos o medios.³⁷ Swannell, Martin, page, Haskin y StJhon, (2014) mencionan que a nivel mundial las prevalencias de estas conductas se han estimado de un 17.2 % en los adolescentes, a un 13,4 % en adultos jóvenes y un 5% entre adultos.

La OMS incluye la autolesión en el contexto de la violencia autoinfligida, correspondiente al uso intencional de la fuerza física real o la amenaza contra uno mismo OMS, 2014. Los tipos de violencia autoinfligida como los intentos de suicidio, suicidio, autoflagelación, autocastigo y autolesión Brasil, 2016. Si bien quien señala al suicidio como la segunda causa de muerte entre los jóvenes de 15 a 29 años en todo el mundo OMS, 2014, según datos del Ministerio de Salud, el suicidio representa la cuarta causa de muerte entre los jóvenes del mismo grupo de edad Brasil, 2016. En términos globales, se observa que alrededor del diez por ciento de los adolescentes entre 10 y 14 años de edad practican

autolesiones, pero no hay suficientes datos sobre esto específicamente en Brasil, Fonseca (2019).⁸

Una investigación sobre Estilos de personalidad y autolesiones en adolescente de la ciudad de Arequipa, las autolesiones han sido asociadas durante años, diversos trastornos psiquiátricos descritos en el DSMV (American Psychiatric Association 2014) principalmente con el trastorno límite de la personalidad, investigaciones recientes señala que las autolesiones no solo se presentan en población psiquiátrica (Klonsky, Oltmanns, y Turkheimer, 2003. Sino que existe un alto índice de dichas conductas en poblaciones sin tal diagnóstico como en escolares y universitarios Chávez Hernández, Muñoz, Becerra, Mares, y Chávez-Pérez, (2015); Rospigliosi, (2010); Vásquez, (2009).

La mayoría de autores ha coincidido en aseverar que el periodo donde se inician y perpetran con mayor frecuencia es la adolescencia. Desde esta perspectiva planteada por Nock y Pritein (2004) las autolesiones se mantienen por el refuerzo intra personal positivo (acción de sensación de vacío), el refuerzo intra personal negativo (deshacerse de sentimientos negativos) y refuerzos interpersonales negativos (evitar o escapar de alguien) el refuerzo interpersonal positivo (comunicarse o conseguir atención) Vulnerabilidad en adolescentes.³⁶

Un estudio de factores contextuales relacionados a las conductas de autolesiones no suicidas en una revisión sistemática se encontró que las conductas autolesivas implican hacerse daño sin la intención de llegar al suicidio y son comportamientos que se consideran como un problema que aumenta considerablemente en la población general Gratz, (2006); DeRiggi, Moumne y Heath, (2016), pero sobre todo entre los adolescentes Nicolai, 2016. Ougrin, Banarsee, Dunn-Toroosian y Majeed, (2001) algunos estudios brindan informes estadísticos sólidos como los encontrados por Muehlenkamp y Gutiérrez (2007), que indican que la prevalencia de dicha conducta a lo largo de la vida

va de 13 a 23.2%. En México, los datos estadísticos estiman que 10% de los adolescentes se autolesionan Nicolai, 2016, y asimismo que la prevalencia es de 17.1% en relación al periodo de tiempo, con la definición de cinco eventos en un año Albores (2014).

Otro estudio de Factores contextuales relacionados a las conductas de las autolesiones no suicidas en una revisión sistemática se han reportado hallazgos relacionados con los encontrados en la base de datos Scopus: en estos descubrimientos se encuentran de Gilatta, quien a través de un modelo de trayectoria analizada las variables de autolesión y depresión. Apoyo de amigos y victimización entre pares en una muestra de 565 adolescentes chinos de décimo grado, se halló que la victimización entre pares es un poderoso antecedente para que se desarrollen conductas de autolesión no suicida.³⁷

La investigación de instrumentos de evaluación de las autolesiones no suicidas en adolescentes 1990-2016: una revisión sistemática identifica los instrumentos creados o adaptados para evaluar las autolesiones. En adultos la prevalencia de NSSI durante los últimos seis meses se estimó en 4% para población general y 21% en población clínica, mientras que en adolescentes la prevalencia de NSSI se incrementa hasta 16.1- 18.0% para población general 4 y 60% para población clínica considerando los últimos 12 meses. Además, la edad de inicio de la NSSI se encuentra entre los 12 y 15 años de edad por lo que el riesgo de presentar esta conducta es mayor en adolescentes tanto en población general como en población clínica, lo que implica la necesidad de contar con instrumentos de evaluación validados y adecuados para este grupo de edad.

A partir de la década de los 90 se incrementó la cantidad de estudios realizados, y el desarrollo de diversas herramientas de evaluación, incluyendo entrevistas, instrumentos de auto reporte para evaluar la calidad psicométrica para generar evidencia sobre su validez (contenido criterio y constructo) y confiabilidad (consistencia interna y reproducir) y que esa evidencia sea informada considerando criterio estandarizado.³⁹

La investigación de comportamientos autolesivos en adolescentes, estudio cualitativo sobre características significado y contexto siendo el objetivo de esta investigación describir y analizar las interacciones sociales en torno a las conductas. Las conductas autolesivas son un factor de riesgo asociado a enfermedades mentales e intentos de suicidio. El estudio Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE) demostró que estas/os adolescentes constituían una “población oculta” de alto riesgo, pues, por lo general, no buscaban atención médica, no eran detectados por su familia y solían pensar seriamente en auto agredirse o tomar una sobredosis de medicamentos.

La propagación y el contagio de estas conductas es frecuente entre adolescentes, aunque no está claro de qué manera lo hacen, se cree que las redes sociales tienen un rol importante. Los cortes estuvieron ligados a una situación de aflicción y sufrimiento emocional, en un nivel expresivo, cortarse exteriorizaba el sufrimiento y la aflicción. La mayoría reconocía eventos vitales estresantes que habían condicionado el inicio o la persistencia de las autoagresiones, típicamente las autolesiones se realizaban de noche y en la casa; eran un acto oculto y privado en donde el estado emocional previo era intenso y negativo (tristeza, enojo, soledad, desesperanza) y superaba las capacidades de afrontamiento.

El corte funcionaba como “vía de escape” y proveía sensaciones transitorias de bienestar (“liberación”, descarga”, “desahogo”, “alivio”, “sacarse un peso de encima”). El estado emocional previo era intenso y negativo. El dolor físico les permitía “olvidarse” del sufrimiento emocional o psíquico, “cambiar un dolor por otro” ³⁷

En un estudio de suicidio: autolesión e insatisfacción corporal en adolescentes la relación de las conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción corporal y las conductas suicidas en poblaciones no clínicas es escasa por lo que el objetivo analizar las variables sobre el riesgo suicida en una muestra no clínica de adolescentes, precisamente, mediante la capacidad adquirida se sustenta una posible explicación de las altas tasas de suicidio en quienes padecen trastornos alimentarios. De acuerdo con Joiner (2005), los ayunos prolongados podrían distorsionar la percepción del dolor, de forma que sea menos desafiante concebir la idea de cometer suicidio. Esto concuerda con lo hallado en estudios como los de Smith. (2018), quienes señalan que entre el 25% y el 33% de quienes padecen un trastorno alimentario presentan pensamientos suicidas.

Aunado al efecto de la CAR, existe una alta comorbilidad con las autolesiones; es decir, lesiones autoinfligidas de baja letalidad Walsh (2006). Ambos problemas tienen características comunes en lo que respecta a la edad de inicio y la proporción de mujeres que los padecen en comparación con los hombres Kostro (2014), además, ambas conductas están asociadas a la desregulación emocional Jungman (2016). Varela-Besteiro 2017 como reacciones para mitigar el estrés o el afecto negativo Anderson (2018). González (2016). Fungiendo un rol similar dentro de la teoría de Joiner (2005) como conductas que facilitarían una capacidad adquirida de suicidio por medio de la habituación al dolor.

En este orden de ideas, existe evidencia de que ambas variables se relacionan con la ideación suicida, por ejemplo, cabe mencionar el estudio de Rodríguez 2013, en donde se analizaron hombres y mujeres con anorexia y bulimia nerviosa y se halló que el 13% de la muestra presentaba ideación suicida y el 26%, autolesiones. Estos autores detectaron asociaciones entre el intento suicida, el subtipo purgativo de anorexia y bulimia y las autolesiones, y entre la autolesión con abuso sexual, trastorno bipolar, tricotilomanía e intentos de suicidio previos. En contraste con la asociación del subtipo purgativo de anorexia y el intento suicida, en los resultados de Wang. 2018, la CAR que

se asoció con mayor magnitud a las autolesiones correspondió a las dietas restringidas, lo que se explicaría por medio de la habituación al dolor, sumado a lo anterior, cabe resaltar que ambas problemáticas tienen una estrecha relación con la insatisfacción corporal, la cual es uno de los criterios diagnósticos de la anorexia y la bulimia nerviosa. De hecho, la insatisfacción corporal se considera como el mejor predictor de anorexia y bulimia Stice 2001, como factor predisponente de conductas autolesivas Walsh 2006 y como variable mediadora entre la autolesión y el afecto negativo; por ende, esta es determinante en el mantenimiento de la autolesión,

Para Muehlenkamp y Brausch (2012), al respecto de dicha relación, Brausch y Gutiérrez 2009, desarrollaron un modelo de senderos para explicar la ideación suicida en hombres y mujeres a partir de la depresión, la imagen corporal y la CAR. Estos autores hallaron un efecto directo significativo entre CAR e ideación suicida, por lo que es posible que la CAR refleje la insatisfacción corporal que, a su vez, detona conductas nocivas para la salud. Si bien la insatisfacción corporal no influyó directamente sobre la ideación suicida, sí lo hizo por medio de los síntomas depresivos.⁴⁰

El estudio de adolescencia, crecimiento emocional, proceso familiar y expresiones humorísticas siendo un acercamiento, en la medida de lo posible una muestra de comprensión una explicación y una reflexión en torno al proceso adolescencia. Se trata de las relaciones de los adolescentes en su entorno social en especial con la familia, así como los conflictos que existen en esta etapa. El resultado de estudio sobre la adolescencia los chistes y las caricaturas esto sobre una narrativa social que ilumina a través del lenguaje oral o escrito y el lenguaje de las imágenes la cotidianeidad de una etapa de la vida que desestructura para estructurar e implicar al ser humano en su relación consigo mismo y por su puesto la socialización y su relación intersubjetiva con el mundo y con las demás personas, así como la escuela, con la familia y con la vida misma.

Esta investigación se trata de una selección de chistes sobre la adolescencia desde el lenguaje icónico y lingüístico, imágenes y frases, actos sociales, los mejores discursos Van Dijk (2001), actos de habla Austin, (1971) Searle, (1980). Así también las caricaturas y su información icónica son también actos sociales Lizarazo (2004) que constituye una parte de dicha realidad rompiendo fronteras y espacio – tiempo tradicional.

Aquí no importa tanto ofrecer el contexto como que el chiste provoque una carcajada o una sonrisa cómplice, esto es, que se entienda. Si es así, es que tiene sentido donde y cuando se comparte y, por lo tanto, vigencia en el aquí y ahora debemos aclarar que se trata de chistes sobre adolescentes, no exclusivamente para adolescentes, y que sobre esto nos vamos a centrar. Hablaremos de sus relaciones con la escuela, con la familia, con sus pares, con ellas y ellos mismos. Pero también queremos ver la otra cara de la moneda, la experiencia de la sociedad con la adolescencia y de forma muy especial, con las madres y los padres.

Por otro lado, si siempre es preciso adaptarse a los cambios, hoy parece algo más necesario que nunca, ante la rápida transformación de los tiempos en que nos ha tocado vivir y la adolescencia, sin duda, comporta un cambio, tanto para quienes la transitan, como para su entorno. Un gran cambio a veces y en ocasiones también muy duro casi siempre algo doloroso, tanto para hijos e hijas como para padres y madres. Ambos han de saberlo, experimentarlo, transitarlo y resolverlo, más los segundos, por razones obvias, no han de lamentarse o dudar, sino tener la clara conciencia de que «El objetivo del desarrollo adolescente no es la independencia, sino más bien la interdependencia» Mc Conville (2009).

Esto es, si como se dijo, una relación se muere y otra nace, el adolescente ha de hacerse cargo de sí e interactuar desde sí y la «adolescencia ha cumplido su propósito cuando el individuo llega a la edad adulta con una fuerte autoestima, la capacidad para relacionarse

de manera íntima, para comunicarse con congruencia, para tomar responsabilidades y correr riesgos. El final de la adolescencia es el comienzo de la madurez, de la edad adulta» Satir (2002) ⁴¹

Un estudio de autolesiones en la adolescencia: significados perspectivas y proyección para su abordaje terapéutico presentan una aproximación epidemiológica y clínica y hermenéutica al fenómeno de autolesiones adolescentes, de acuerdo a este fenómeno se han realizado numerosas investigaciones en otros países como España, el problema es la comprensión de las dimensiones reales de una manifestación clínica compleja sobre todo en los últimos 20 años. Identificar las conductas de autolesiones (CAL) con las conductas que ocasionan de forma deliberada e intencional daños al propio cuerpo que carecen de propósito suicida tal como acotaron Chapman, Gratzy Brown (2006).

autolesión no suicida no suicida selfinjury, NSSI o ISNS, DSMV, 2013. Autoagresión sin propósito suicida masoquismo incompleto, auto mutilación, autosabotaje y así hasta 28 etiquetas. González- Suárez Vasco- Hurtado y Nieto – Betancurt (2016) Rodríguez Pulido y González de Rivera (2003) que lejos de aclarar ha sembrado confusión entre los clínicos por que mezclan conceptos y síntomas que son dispares.

Epidemiología 1.171 adolescentes de entre 12 y 16 años, Prevalencia de características y funciones de las Autolesiones No Suicidas (ANS) en un estudio en España se obtuvo 1.864 de adolescente entre la edad de 12 y 19 años.

Factores causales se incluyeron los factores sociales (ambiente familiar, presión del grupo de referencia o de iguales experiencias precoces traumáticas) factores individuales temperamento como alta reactividad a los estímulos emocionales, sensibilidad exacerbada y sobre presencia de emociones negativas de difícil manejo o de personalidad impulsiva baja mentalización. Sánchez – Sánchez (2017) fuerte autoexigencia o perfeccionismo otras investigaciones de la desregulación emocional

Casas- Dorado, (2016). García -Bernardo (2000) Gratz (2007). Mikolajczac Petrides y Hurry,2009. Y en la influencia de los iguales sean conocidos o virtuales.³¹

Un estudio de autolesiones no suicidas en adolescentes prevención en la atención primaria las autolesiones no suicidas (ALNS) Son conductas sin objetivo suicida que afecta a los adolescentes con una prevención del 17-1 8% se caracteriza por ser lesiones auto infringidas, principalmente en las extremidades y el abdomen; la psicopatología ésta sujeta a la presencia de una desregulación emocional en la que se busca enmascarar el dolor emocional con el físico. Se encontró que la identificación de los factores de riesgo para ALSN permite la prevención e identificación oportuna de las ALNS por lo tanto se propuso la clarificación de los factores de riesgo y los instrumentos en atención primaria

El manejo de la población adolescente debe estar basado en un abordaje especial fundamentado en la confianza, la confidencialidad y la empatía dado que cualquier falla en la relación médico – paciente o cualquier juzgamiento de su conducta impedirá la adherencia a las recomendaciones médicas en la atención primaria. El abordaje sin diagnóstico establecido se realizará por medio de aplicación de instrumentos que contribuyan a la identificación de factores de riesgo para las autolesiones no suicidas en los adolescentes, historia clínica, HEEADSSS que permite la realización del enfoque biopsicosocial del adolescente con la identificación de FrALNS modificables tales como maltrato infantil factores estresantes desórdenes alimenticios comportamiento impulsivo identifica la orientación sexual, familiograma, ecomapa, APGAR familiar que son elementos que contribuyen el análisis de las relaciones entre los miembros de la familia y sus redes de apoyo. El familiograma permite la evaluación de las relaciones entre los miembros de la familia, el ecomapa contribuye con la identificación de redes de apoyo hacia la familia el APGAR familiar es útil para evidenciar disfuncionalidad en la familia estos instrumentos facilitan la determinación de FrALNS modificables factores estresantes (familiares).⁴²

Este artículo es una revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes, para conceptualizar las CASIS no consideran patología por sí misma ya que son conductas de adaptación de un proceso de maduración, con la posibilidad de estar presente en diversos trastornos psicopatológicos. El precursor de la investigación sobre la autolesión es K. A. Menninger, que en (1938) manejó el término “suicidio focal”, ya que la conducta de la autolesión era observada como un paradigma de compromiso para las personas que tenían deseos de matarse, esta conceptualización resultó en grandes confusiones al identificar que la autolesión no era un intento de suicidio, sino, más bien, un mecanismo para auto aliviarse.

En 1970 se avanzó sobre este concepto cuando teóricos de Gran Bretaña defendieron que la autolesión merecía una identidad propia en ese orden, la gravedad de la autolesión como una alteración psicológica no podía estar en discusión, ya que se había enfrentado como un comportamiento peligroso que contiene un riesgo activo por su gradual crecimiento. Los auto lesionadores pueden llegar a perder su habilidad de funcionar de manera normal, a convertirse en menos productivos y a que sus relaciones con otras personas se desintegren. Actualmente existe una definición de autolesión donde se menciona que su intención es reducir el sentimiento de angustia, infligir autocastigo y/o ser una señal de la necesidad de ayuda para el desarrollo de una identidad y poder de adaptación dentro de los patrones sociales. La autolesión no suicida es deliberada y no contiene ningún deseo de morir, por lo tanto, es parcialmente diferente al comportamiento suicida. La descripción de estos conceptos desde un enfoque salubrista es muy importante el fin es intervenir en etapas tempranas con acciones de promoción y prevención e identificar los factores que determinan dicha conducta, sobre todo en el entorno familiar, educacional, laboral y/o social.

En evaluaciones de prevalencia en poblaciones clínicas se encuentra que del 30,01 % - 40,01 % de los adolescentes que requieren hospitalización psiquiátrica es porque se han provocado alguna conducta autolesiva.³¹ Algunas investigaciones comunitarias aplicadas en la población general reportan que este tipo de conductas son cometidas por el 13,01% - 29,02 % de los adolescentes al menos una vez en la vida. Un estudio poblacional en Alemania constató conductas autolesivas repetidas con actos realizados más de 4 veces al año, en el 4,01 % de la población adolescente.³¹

En México se realizó una primera investigación sobre la autolesión deliberada en una muestra de escolares y se detectaron como los síntomas más representativos los siguientes: cortarse la piel con objetos filosos, quemarse la piel con un cigarro, introducirse una aguja, alfiler, grapa u otro objeto en la piel, no dejando que una herida se cure y/o intoxicarse con veneno, gas u otras sustancias, se ha encontrado, que está relacionado al comportamiento de la autolesión estos se pueden clasificar en Biológicos, Psicológicos y Sociales.

Como prevalencia se reportan datos indicativos de su presencia en un 25,01 % de la población adolescente, variando los datos de acuerdo a cada país que reporta su incidencia. También se significa que la mayoría de los adolescentes se han efectuado al menos una autolesión en el transcurso de este período vital, casi siempre cortes o quemaduras, con predominio en las mujeres. Las CASIS pueden tener un propósito analgésico-curativo o bien propósito comunicativo. Se pueden clasificar en conductas del tipo culturalmente sancionadas o autolesiones patológicas. Estas últimas puede ser estereotípicas, de tipo mayor y superficial o moderada con los subtipos compulsivo, episódico y repetitivo, según su frecuencia. Se ha encontrado que los factores con gran influencia sobre este comportamiento son aquellos que provienen de los aspectos

sociales y psicológicos, los adolescentes informan que son conductas que les sirven como mecanismos para liberar ansiedad y manejar tensiones. ¹⁵

En la investigación de evaluación psicológica de la personalidad asociado al cutting y baja autoestima, donde en la evaluación psicológica de los rasgos de personalidad tienen como objetivo evaluar los factores influyentes y asociados a los trastornos de la personalidad, baja autoestima y autolesiones que inducen al adolescente a la práctica de cutting la muestra fue a 100 estudiantes de educación general básica de 14 a 16 años 51% hombres y el 49% mujeres se aplicó instrumento (inventario de autoconcepto en el medio escolar) que mide autoestima autocontrol amistad, aceptación hacia otros aceptación desde los otros sociabilidad autovaloración, empatía valoración autocrítica e independencia test de trastorno límite de la personalidad.

La relación entre la psicopatología y la conducta autolesiva ha sido mostrada según estudios realizados en adultos donde se reportó que el 90% de personas con autolesiones tienen al menos un trastorno psiquiátrico generados por la depresión, ansiedad e impulsividad y eventos estresantes, los estudios realizados acerca de las autolesiones en adolescentes fueron basados en población escolar CASE Child and Adolescent Self-harm in Europe, en el que cerca de 30.000 adolescentes de 15 y 16 años completaron un cuestionario anónimo sobre autolesiones, un reporte de eventos estresantes y escalas para evaluar depresión, ansiedad e impulsividad. Observar que existe una mayor relación entre la baja autoestima y la conducta límite de la personalidad el cual generan indicios a practicar el cutting debido a diversos factores y problemas interpersonales siendo estos psicológicos, biológicos o sociales. por lo cual emplean el cutting como mecanismo de defensa para reducir el malestar emocional o estrés que experimentan los hallazgos de otros estudios realizados presentado en la Revista "Interacciones". Santos (2018), menciona que el desencadenante principal del cutting está asociado a problemas familiares, es así como en Ecuador a través de un estudio con 224 estudiantes de un colegio identificó que los desencadenantes más frecuentes de

las autolesiones estaban relacionados con problemas que surgen en el entorno familiar del mismo modo en un estudio realizado en la ciudad de Chile el cual reporto que la violencia intrafamiliar se asocia estrechamente con las autolesiones, al igual que en la ciudad de Lima revela un alto porcentaje de escolares que se autolesionaban se sentían descontentos con sus relaciones familiares.

La autolesión o cutting es un medio de expresarse a través de heridas superficiales en varias partes del cuerpo especialmente en los brazos y las piernas con la finalidad de liberar el dolor, ira, frustración, presión, ansiedad, generar placer o como una forma de llamar la atención por factores emocionales, familiares y sociales, en cuanto a la prevalencia de las autolesiones de acuerdo al indicador de sexo hallado por varios investigadores Marín (2013), Martínez- Falero, (2015), Rospigliosi (2010(2015). Vásquez (2009). Se encontró que las mujeres son quienes mayormente las perpetrán, así mismo cabe resaltar que la edad de inicio de las conductas autolesivas está en un promedio de 13 años.⁴³

En la investigación de estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar una visión de la literatura, la forma que tiene la familia de enfrentar los acontecimientos y procesos vitales estresantes es conocida como afrontamiento familiar y tiene repercusión en la salud familiar el objetivo de ese estudio es reconocer las estrategias de afrontamiento familiar y su relación con la salud familiar en Lima plantearon que la salud familiar está compuesta por unas dimensiones fundamentales, como son: clima social familiar, integridad familiar, funcionamiento familiar, resistencia familiar y afrontamiento familia.

La relación entre la salud individual y la salud familiar se considera que es recíproca, es decir, que cualquier problema de salud individual puede llegar a crear un problema de salud familiar y viceversa. Por ello, un modo de vida familiar no saludable puede llegar a enfermar a los integrantes de la familia y las estrategias de afrontamiento familiar pueden potencialmente fortalecer y mantener los recursos de la familia, con el fin de protegerla de las situaciones estresantes y garantizar un manejo adecuado de su dinámica. Estas

se manifiestan a través de la comunicación, los vínculos y la promoción de una autoestima positiva entre sus miembros.

Las estrategias de afrontamiento en las familias no se crean en un solo instante, sino que se forman y se modifican con el tiempo, y cumple funciones de mantener las condiciones internas satisfactorias para la comunicación y la organización familiar, promover la independencia y la autoestima de sus integrantes, mantener los vínculos de coherencia de unidad en la familia, mantener y desarrollar el apoyo social y las transiciones de la comunidad.

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por las familias son las dirigidas a la búsqueda de información o a la búsqueda de apoyo familiar, social o espiritual, se debería fomentar la divulgación de los diferentes recursos existentes en la comunidad para ello, y de esta forma hacerles más fácil a las familias la posibilidad de acceder a estos. Además, se debe seguir trabajando en la erradicación del estigma social que conlleva ciertas situaciones y que comporta la utilización de ciertas estrategias de afrontamiento negativas como son la evitación, negación y ocultación, provocando una alteración en la salud familiar.³³

La revisión de la salud mental en el adolescente universitario latinoamericanos, revisión sistemática, nos dice que, el adolescente vive una etapa de adaptación a los cambios que representa una etapa crítica en el inicio y fortalecimiento de conductas de riesgo. La OMS. reporta que la tasa de mortalidad en los jóvenes aumento en América Latina siendo el suicidio una de las principales causas que representa el 30% al respecto a los trastornos mentales representa una de las causas con el 16% mundial, el 50% no fueron diagnosticados ni tratados a tiempo generando a si uno de los motivos de suicidio a nivel mundial la organización estima que en el 2020 podrían aumentar a 1,5 millones.

Coinciden con lo expresado por De la Barra, quien sostiene que a partir de los 12 a 18 años los adolescentes sufren de trastornos, siendo los más frecuentes los trastornos disruptivos 8%, los trastornos ansiosos 7,4% y los trastornos depresivos 7%, esta situación coloca al adolescente en un riesgo para el desarrollo integral con consecuencias futuras en la vida adulta. Algunos estudios reportan que los problemas de salud mental son muertes de forma prematura, producto de accidentes, suicidios, violencia complicaciones relacionadas con los embarazos. La salud mental del adolescente es un tema que no se trata con la importancia debida.

Es importante resaltar que el adolescente en su desarrollo y crecimiento necesita del reconocimiento y del soporte familiar que genere comunicación y una relación familiar afectiva que proporcione madurez para tomar decisiones en las conductas positivas que favorezca el desarrollo de la autoestima y de responsabilidades como futuro adulto.

Los hallazgos analizados indican que la mayoría de las mujeres presentan cuadros de estrés con relación a los hombres. Los problemas de salud mental, ansiedad e ideación suicida requieren de programas e intervenciones psicológicas preventivas y promocionales, para evitar la violencia, como también los entornos negativos dentro del contexto donde interactúan los estudiantes.⁴⁴

El estudio de autolesiones en la consulta de urgencias en un hospital público de Argentina Según la OMS, anualmente, cerca de 800.000 personas se quitan la vida y muchas más intentan hacerlo. A su vez, el suicidio se puede producir a cualquier edad, y en 2016 fue la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo, si bien encuentran una correlación entre el suicidio y las patologías mentales, explican que en general se producen impulsivamente en momentos de crisis que menoscaban la capacidad de afrontar las tensiones de la vida tales como los problemas financieros las rupturas de relaciones o los dolores y enfermedades crónicas.

La OMS en el 2019 estima que 62.000 adolescentes murieron en 2016 como resultado de autolesiones, los intentos suicidio pueden estar asociados con un sentimiento de desesperanza o soledad, la autolesión no suicida se define como el acto de dañar deliberadamente el propio cuerpo, como cortarse o quemarse y que, normalmente, no pretende ser un intento de suicidio. Este tipo de autolesión sería una forma dañina de enfrentar el dolor emocional, la ira intensa y la frustración.

Según diversas investigaciones Butler, J.A, (2016). Edmondson, A.J. Williams, K.A, (2018) si bien la autolesión puede traer una sensación de calma momentánea y de liberación de tensión, generalmente, luego de que se lleva a cabo aparecen la culpa y la vergüenza, y regresan las emociones dolorosas. Aunque las lesiones potencialmente mortales generalmente no son intencionadas, la autolesión conlleva la posibilidad de acciones agresivas contra uno mismo más graves e incluso mortales.

En general, las autolesiones suelen ocurrir en privado y se realizan de una manera controlada o ritualizada, que a menudo deja un patrón sobre la piel. Algunos ejemplos de autolesión incluyen los siguientes:

- Cortes (cortes o rasguños profundos con un objeto afilado)
- Rascado · Quemaduras (con fósforos o cigarrillos encendidos, o con objetos afilados o calientes, como cuchillos)
- Grabarse palabras o símbolos en la piel
- Darse golpes a sí mismo, puñetazos o golpearse la cabeza
- Perforarse la piel con objetos afilados · Insertarse objetos debajo de la piel

Ocurren con mayor frecuencia en los brazos, las piernas y la parte frontal del torso, pero cualquier lugar del cuerpo puede ser objeto de autolesiones. La consulta de urgencia como aquella que se produce de manera espontánea, sin cita previa. En líneas generales, se presenta como una irrupción sintomática, exceso de sufrimiento insoportable, que requiere urgente solución engloba diversas presentaciones sintomáticas, tales como

angustias, miedos, insomnio, oscilaciones bruscas del estado de ánimo, irritabilidad, ausencias, amnesia, pérdida de referencias y, en casos más graves, desestabilización psicótica Sotelo, (2012).

La urgencia, entonces, representa un punto de ruptura de este “equilibrio homeostático”. Desde la enseñanza de Lacan, podemos decir que la urgencia representa una crisis en la economía subjetiva, producto de la irrupción de la dimensión de lo real, que se pone en cruz para evitar que las cosas anden. “lo real, justamente, es lo que anda mal, lo que se pone en cruz” Lacan, (2007). Adolescencia y autolesiones Si partimos del concepto de Urgencia entendido como el quiebre de las categorías simbólico-imaginarias que sostenían al sujeto.⁴

Estudio de resiliencia: impacto positivo en la Salud Física y Mental En el año (2005) el gobierno escocés definió la salud mental como la resiliencia mental y espiritual que nos permite disfrutar de la vida y sobrevivir al dolor, la decepción y la tristeza, es un sentimiento positivo de bienestar y una creencia subyacente en uno mismo y en la propia dignidad y la de los demás. Scottish Government, (2005). La resiliencia en salud se ha conceptualizado como la capacidad de mantener una buena salud en medio de una gran adversidad, capacidad que puede emerger en el desarrollo relacional, adquiriéndose en el ambiente Hartling, Sanders, Lim, y Sohn, (2008). Cuando una persona sufre o presencia una situación estresante o traumática, puede desarrollar diferentes patrones de reacción a lo largo del tiempo. Bonanno, el cual había expuesto un patrón similar de interrupción en el funcionamiento normal después de la exposición a los factores estresantes traumáticos (crónico, retardado, resiliencia, recuperación) Bonanno, (2004).

Resiliencia y la Salud Física

En lo referente a las relaciones establecidas entre la resiliencia y la salud física, no es especialmente abundante la relación de estudios llevados a cabo. La resiliencia disminuye el grado de infarto de miocardio, al afectar la respuesta inflamatoria, que muestra un efecto protector Arrebola-Moreno, (2014). y se correlaciona negativamente con la duración de la reactividad cardiovascular, devolviendo rápidamente a los niveles basales de fisiológicos de respuesta después de una activación emocional negativa Tugade, Fredrickson, y Feldman Barrett, (2004). Además, los pacientes con enfermedad coronaria con alta resiliencia logran niveles de colesterol más bajos y un mejor rendimiento físico Chan, Lai y Wong, (2006).

Resiliencia y la Salud Mental

La alta resiliencia se encuentra significativamente relacionada con los niveles más bajos de trastornos psicológicos, con una mayor calidad de vida percibida en la salud física, salud mental, y los dominios generales de funcionamiento, con creencias personales más positivas con respecto a la benevolencia del mundo y la gente, la autoestima, y la aleatoriedad de los acontecimientos de la vida, y con creencia reducida en la capacidad de control de los acontecimientos de la vida Beutel, Glaesmer, Wiltink, Marian, y Brähler, (2010). Farber, Schwartz, Schaper, Moonen, y Mc (2000), además los niveles de salud psicológica y de vulnerabilidad están influenciados por diferentes niveles de resiliencia a través de la autoestima, la competencia personal y la tenacidad, la tolerancia del afecto negativo, el control y la espiritualidad.

Haddadi y Besharat, (2010). Sambu, (2015). Las personas con rasgos resilientes pueden comprender los beneficios asociados con las emociones positivas y utilizar este conocimiento para su ventaja al hacer frente a eventos emocionales negativos Tugade y Fredrickson, (2004). En los estudios se ha concluido que existe una relación positiva entre la resiliencia y la recuperación de la sintomatología depresiva, es decir, que los pacientes

con mayor nivel de resiliencia presentan menor nivel de depresión Boardman, (2011). Catalano, Chan, Wilson, Chiu, y Muller, (2011). Jeste, (2013).³⁴

2.3 Proceso de atención de Enfermería

Conceptualización de Enfermería

La historia le ha dado a enfermería el incomparable encargo social del cuidado profesional y la evolución histórica de enfermería en su articulación de los procesos sociales, políticos y científicos, ha concluido en la configuración profesional de enfermería que la ubica en el aporte del bienestar humano en una condición de imprescindibilidad de su misión en la prevención de las enfermedades y la recuperación de la salud. Su importancia es el reconocimiento de su atención de personas enfermas o en riesgo, no para curar sino para confortar a la persona, para completar las capacidades disminuidas y potenciar las presentes.⁴⁵

La enfermera es una persona que ésta autorizada por las autoridades reguladoras pertinentes para ejercer la enfermería en su país. La formación básica de enfermería es reconocida que proporciona una amplia y sólida en las ciencias del comportamiento, la vida y la enfermería para la práctica general de la profesión, así como el papel de liderazgo y para la formación pos básico para una especialidad o la práctica de enfermería avanzada. La enfermería está preparada y autorizada a llevar a cabo el ámbito general de la práctica de la enfermería incluida la promoción de salud, la prevención de la enfermedad física y mental y discapacidades de todas las edades y en todos los entornos de atención de salud y otros contextos de la comunidad, impartir enseñanza en materia de atención de salud, participar plenamente como miembro del equipo de salud, supervisar y formar a estudiantes de enfermería en nivel de pregrado y posgrado , participar en la elaboración de investigación.⁴⁵

Para la OMS “la Enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.”⁴⁵

La Norma Oficial Mexicana 025

5.3.10.4 Área de Enfermería

a) cuidado integral con base a las necesidades de bienestar o conservación de la vida y necesidades de curación; b) apoyo de la vida diarias; c) manejo de urgencias; d) admisión hospitalaria; e) manejo de seguridad del paciente; f) Rehabilitación psicosocial; g) orientación y consejería sobre salud sexual y reproductiva; h) detección o búsqueda intencionada de casos de violencia familiar o violencia sexual.

La Norma Oficial Mexicana 019

La Enfermería es una disciplina fundamental en el equipo de salud, su creciente aportación en los procesos de mantenimiento o recuperación de la salud del individuo, familia o comunidad en las diferentes etapas de la vida, ha demostrado la importancia del papel que desempeña. La formación académica del personal de enfermería, evoluciona a la par del avance tecnológico de los servicios de salud del país y al orden internacional, con el objetivo de ofrecer servicios de salud de calidad, acorde a los diferentes roles que ejerce en su contribución a la solución de los problemas que afectan a la población.

La función de Enfermería

La Enfermería, como parte integral del sistema de atención de salud, abarca la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados que se prestan a quienes padecen enfermedades físicas, enfermedades mentales, y a las personas discapacitadas de todas las edades, en todos los entornos de atención de salud y en otros ámbitos de la

comunidad. La función única de Enfermería es el cuidado de las personas enfermas o sanas, consiste en evaluar sus respuestas ante su situación de salud y ayudar a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud a la recuperación o a una muerte digna que ellas mismas realizan sin asistencia si tuvieran la suficiente fortaleza, voluntad o conocimiento para hacerlo con el fin de ayudarlas a obtener una independencia.⁴⁶

En el entorno global las enfermeras comparten con otros profesionales de la salud y de otros ámbitos, las funciones de planificación, implementación y evaluación para garantizar la idoneidad del sistema sanitario con el fin de promover la salud prevenir la enfermedad y el cuidado de las personas enfermas y discapacitadas. El objetivo proporcionar liderazgo estratégico para promover el avance de la profesión de enfermería y satisfacer las necesidades actuales y futuras de la población, en los sistemas de salud.

El cuidado de la salud holística, donde la salud gana en multidimensionalidad el cuidado es tanto individual como social, se reconoce en la educación y la atención de la salud como un cuidado más integral y significativo para el ser humano. Enfermería brinda cuidados con conocimiento científico y técnicas específicas que desarrolla un método del cuidado del paciente, que es el Proceso de Atención de Enfermería, que es un conjunto de procedimientos lógicos, dinámicos sistemáticos para brindar cuidados sustentados en evidencias científicas.

El profesional de enfermería enfoca su cuidado humano basado en el Proceso de Atención de Enfermería por medio del cual, Valora, Diagnóstica, Planifica, Ejecuta y Evalúa sus acciones, también considera la integridad total como la seguridad y la continuidad requerida por la persona o sujeto de cuidado, en la atención se da un proceso interactivo entre el cuidado y el ser cuidado. El papel activo realiza la acción y el comportamiento para cuidar y el ser cuidado tiene un rol pasivo en función de la situación y puede contribuir y ser responsable del propio cuidado en situaciones de educación para la salud.

El aprendizaje de la práctica clínica está caracterizado por una complejidad que abarca múltiples aspectos de la realidad caracterizada por la integración de las teorías con el desarrollo de habilidades.⁴⁶

La finalidad de la Enfermería es el cuidado, el cual se enmarca en acciones e intervenciones con un sólido fundamento científico y humanista, sustentado en modelos teóricos que orientan la disciplina y la práctica profesional. Estos modelos permiten el desarrollo de la profesión ya que conllevan la interacción de un cuerpo de conocimientos que mejoran la práctica de las enfermeras en todas las áreas. La práctica clínica basada en la evidencia sitúa a las enfermeras dentro de una disciplina profesional que aporta el fundamento para que las intervenciones sean originales, innovadoras e individualizadas. Del mismo modo, los modelos conceptuales de Enfermería constituyen una serie de concepciones que atribuyen una interpretación general en relación al tema de interés para las enfermeras del cuidado del otro.⁴⁷

Otro aspecto importante del rol de la enfermera tiene relación con la función de protectora de la dignidad de la persona al final de su vida. Según Johnston las personas desean ser tratados con dignidad y deben también tener el derecho de morir con dignidad. El cuidado con dignidad es una intervención que guía a las enfermeras para identificar y otorgar un cuidado adecuado, desde el punto de vista físico, espiritual, emocional y social. La conservación de la dignidad puede ser instrumentalizada por medio de acciones específicas enfocadas en el cuidado, de una manera integral que facilite el trabajo del personal de salud.⁴⁷

Teoría de Enfermería aplicado al estudio

Una teoría es un conjunto de conceptos y proposiciones que proyectan una visión sistematizada de los fenómenos, mediante el diseño de interrelaciones específicas entre los conceptos, con el fin de describir, explicar, predecir y controlar Marriner-Tomey.

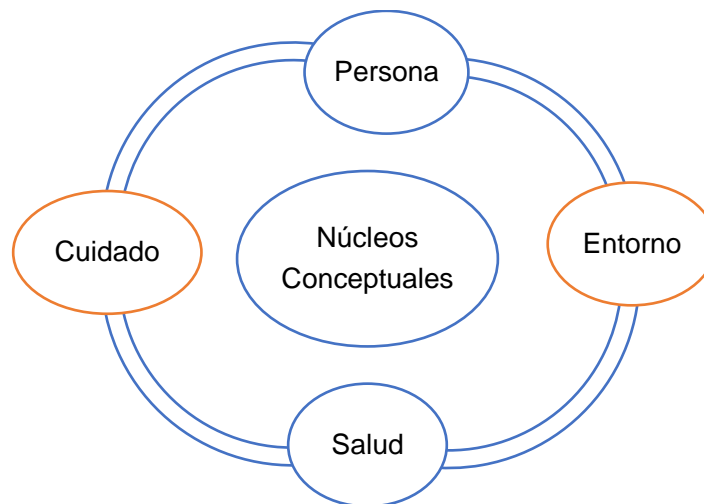
La real academia española la define como una hipótesis cuyas consecuencias se aplican a toda una ciencia o a parte muy importante de ella.

Metaparadigma

son conceptos abstractos que identifican los fenómenos de interés para la disciplina y las proposiciones generales que describen las relaciones entre los fenómenos, constituye el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados de enfermería, sin embargo, has sido organizadas. Fawcett (1996), hace referencia a los conceptos o fenómenos de estudio básico de la profesión. Los intereses particulares de la disciplina de enfermería se representan con cuatro conceptos o núcleos básicos: Persona, Salud, Entorno y Cuidado ⁴⁸

Figura 4

Etapas para determinar e implementar el cuidado.



Elaboración propia, Gómez ER. Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología [Internet]. Google Books. Editorial El Manual Moderno; 2015 [cited 2023 Aug 25]. Available from: <https://books.google.com.gt/books?id=zO4VCgAAQBAJ&>

La persona es la receptora de los cuidados enfermeros, tanto estando sana como enferma. A este individuo se le contempla bajo una visión holística interacción entre los once aspectos que la componen: biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales

y una humanística (ser con recursos y potencialidades). El entorno comprende los factores intrapersonales y las influencias exteriores a la persona.

La salud está al margen de la existencia de la enfermedad. Una persona sana es la que gestiona su vida con autonomía, aun con la mayor de las incapacidades. La salud es la meta del rol profesional. El cuidado es la propia definición de Enfermería, es decir, “las acciones emprendidas por las enfermeras en nombre de o de acuerdo con la persona, y las metas o resultados de las acciones enfermeras. Las acciones enfermeras son vistas como un proceso sistemático de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación.

El cuidado Holístico

Ubicar al holismo como una corriente que considera a la persona como una totalidad integral e interactiva, determinante entre sus esferas psicológicas, biológicas, socioculturales y espirituales requieren de un cuidado o forma de cuidar, por lo que enfermería actual debe proporcionar un cuidado, forma parte de un nuevo paradigma de las ciencias de Enfermería que atiende las necesidades de la persona bajo un contexto de la totalidad comprensiva y cooperativa donde se promueve el humanismo y con ello la salud y la calidad de vida de la persona en su integridad contextual.⁴⁸ El cuidado holístico se centra en la ayuda a la persona, la familia y los grupos para hacer frente a los cambios de las crisis de una manera adaptativa; potenciar sus recursos y experiencias como un elemento de crecimiento a beneficio de la salud.⁴⁸

El cuidado holístico es además promotor de salud, ya que concibe a la persona capaz de construir una nueva estructura mental que le permita tomar decisiones en pro de la satisfacción de sus necesidades sin poner en riesgo su bienestar futuro, a sí mismo en su enfoque de crecimiento y nación integral en lo individual y en lo colectivo, facilitando

el desarrollo del potencial vital y creativo más profundo de la persona cuidada y de quien brinda este cuidado, Rodríguez y Sotomayor,2006.⁴⁸

El proceso de Atención de Enfermería

El proceso de Enfermería es cíclico; es decir que sus componentes siguen una secuencia lógica, pero puede intervenir más de un componente a la vez, el proceso de atención de enfermería es un método racional y sistemático de planificación y proporción de asistencia de Enfermería y su propósito es identificar el estado de salud del paciente y sus problemas de salud reales y potenciales para restablecer planes que aborde las necesidades identificadas y aplicar intervenciones de Enfermería específica que cubra tales necesidades. Bernan, (2008).⁴⁸

El proceso de Enfermería hace que se adapte a cada circunstancia específica del individuo, familia, grupo, cuidadores y comunidad y se sustenta en una teoría y/o modelo Conceptual que le da una amplia base de conocimientos, favorece el pensamiento crítico sólidas habilidades interpersonales y técnicas y sobre todo la capacidad para cuidar y deseo de hacerlo.

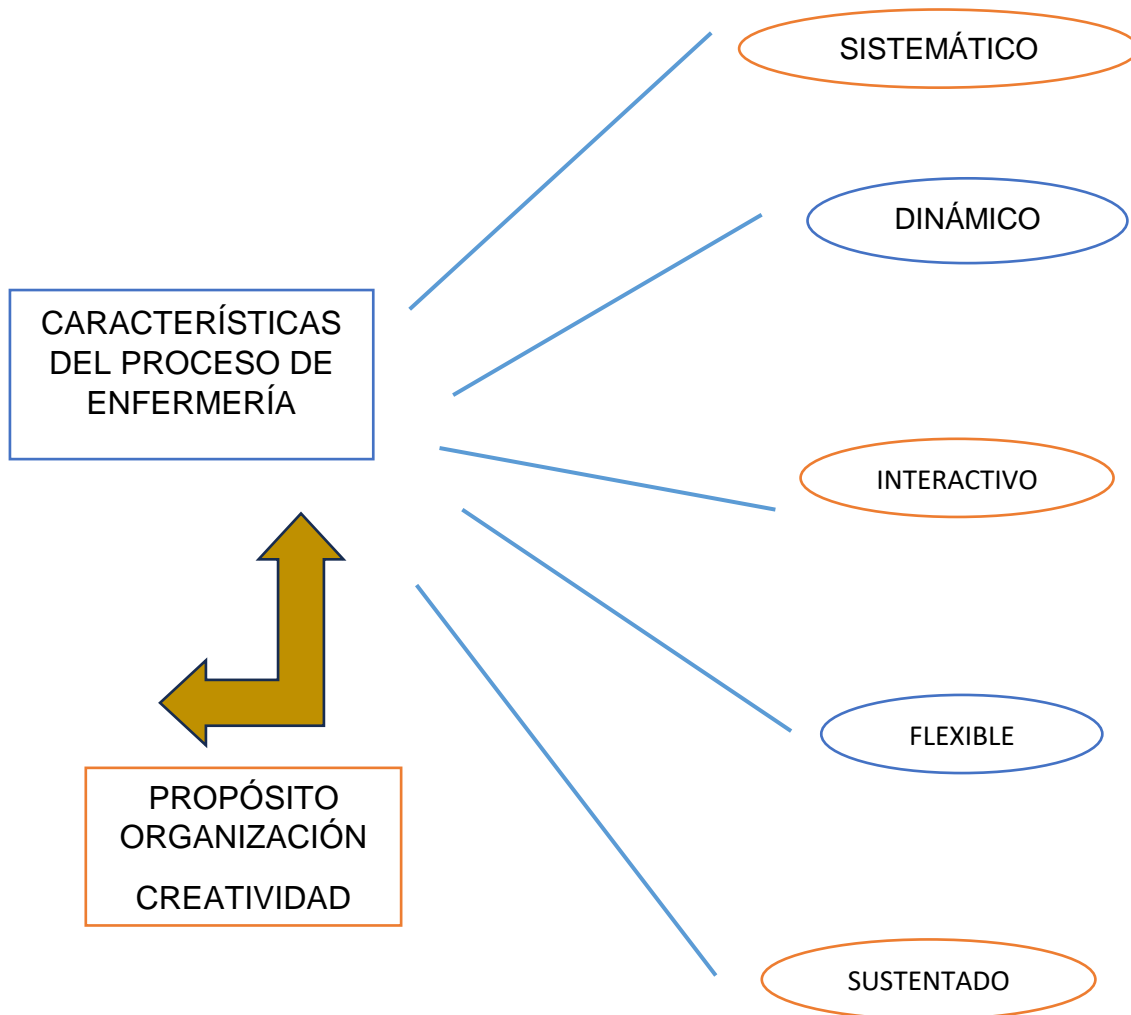
Ventajas del proceso de Atención de Enfermería

- Son las oportunidades generadas por la aplicación del proceso de enfermería en el campo profesional de la enfermera o enfermero.
- Favorece el desarrollo de las capacidades cognitivas. técnicas e interpersonales.

El empleo de un método sistemático para la prestación del cuidado de enfermería mejora también la calidad de los cuidados

Figura 5

Características del Proceso de Atención de Enfermería tiene cualidades esenciales que lo fundamentan.



Elaboración propia, Gómez ER. Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología [Internet]. Google Books. Editorial El Manual Moderno; 2015 [cited 2023 Aug 25]. Available from: <https://books.google.com.gt/books?id=zO4VCgAAQBAJ&>

Sistemático: Cada una de las etapas con fines didácticos separan para su comprensión, pero en la implementación cada una de ellas se interrelacionan para lograr el objetivo del proceso de Enfermería.

Dinámico: Humano por naturaleza puede cambiar en un instante en lo emocional, físico y social por tal motivo que cada etapa se adecuara a las necesidades de la persona, familia o comunidad.

Interactivo: Es fundamental durante la implementación de la metodología del cuidado donde el profesional de enfermería se relaciona con la persona familia y comunidad; ello es esencial para la individualización de dichos cuidados.

Flexible: Los escenarios de la práctica se centran en cuatro ámbitos

- ✓ Asistencial
- ✓ Educativo
- ✓ Gestión
- ✓ investigación

El proceso de atención de Enferme se puede implementar en cada uno de ellos siempre y cuando se de el cuidado al individuo, familia, grupo y /o comunidad; ello es esencial para la individualización de dichos cuidados.

Con un sustento teórico: Por las características propias del Proceso de Enfermería y sus etapas tiene la cualidad de adaptarse con base a una teoría de enfermería o en un modelo conceptual.

Para Potter y Perry 2002. El proceso de Enfermería se enfoca en tres características:

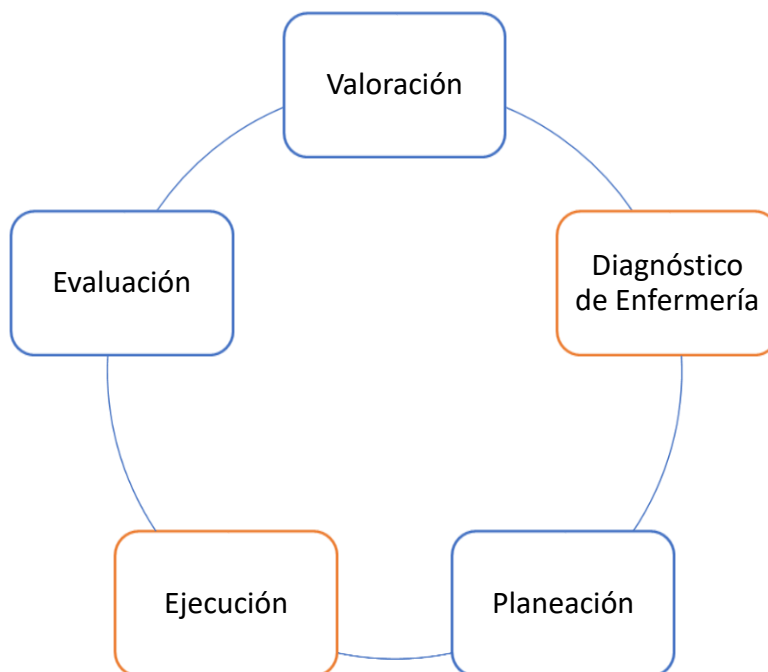
- Propósito
- Organización
- Creatividad

El propósito: Se centra en diagnosticar y tratar la respuesta humana ante la salud y la enfermedad

La organización: Son los pasos componentes necesarios para alcanzar el objetivo las cinco etapas son dinámicas e o inclusivas para la toma de decisiones y las habilidades que la enfermera requiere durante los cuidados que proporciona a la persona y alcance los objetivos destinados a mejorar la salud.

La creatividad: Es la característica que cambia de forma continúa dependiendo de la respuesta a las necesidades del individuo.

Figura 6 Etapas para determinar e implementar el cuidado



Elaboración propia, Gómez ER. Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología [Internet]. Google Books. Editorial El Manual Moderno; 2015 [cited 2023 Aug 25]. Available from: <https://books.google.com.gt/books?id=zO4VCgAAQBAJ&>

Valoración: debe ser organizada sistemática para la recopilación de información sobre la situación de salud de la persona, familia, grupo, cuidadores y comunidad así mismo el entorno. Consiste en reunir toda la información necesaria para obtener una imagen clara y completa de las necesidades de la persona sobre los problemas de riesgo.

La valoración es una actividad tanto intelectual como interpersonal NANDA 2018- 2020

Fuente para la obtención de Datos

Primaria o Directa

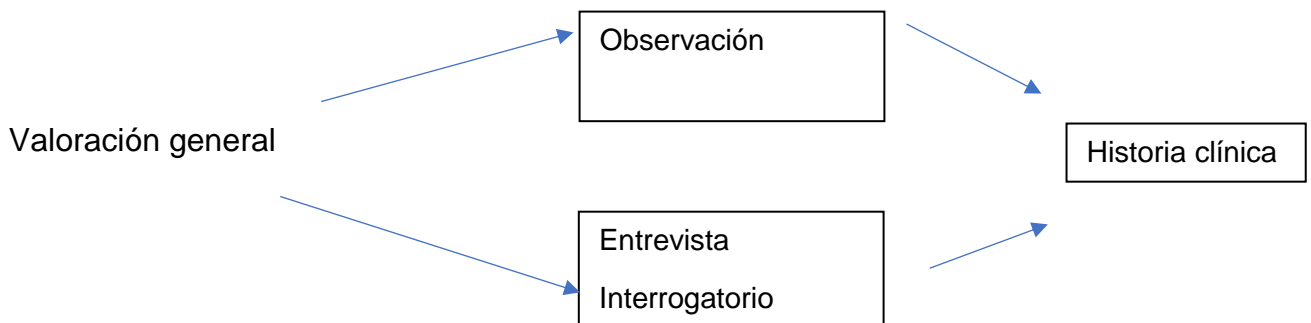
- Persona que aporta datos sobre su proceso de salud - enfermedad

Secundaria o Indirecta

- Individuo o afamiliares cercanos o la persona que cuida y quien este afectado o incapacitado de dar la informacion
- Equipo de salud responsable medico ,nutricion trabajo social etc.
- Expediente clinico o hoja de enfermería datos de laboratorio indicaciones medicas diagnóstico pronostico, cuidados previos de Enfermería
- Lideres de una comunidad instituciones de salud, educativas, religiosas,culturales y depoertivas.

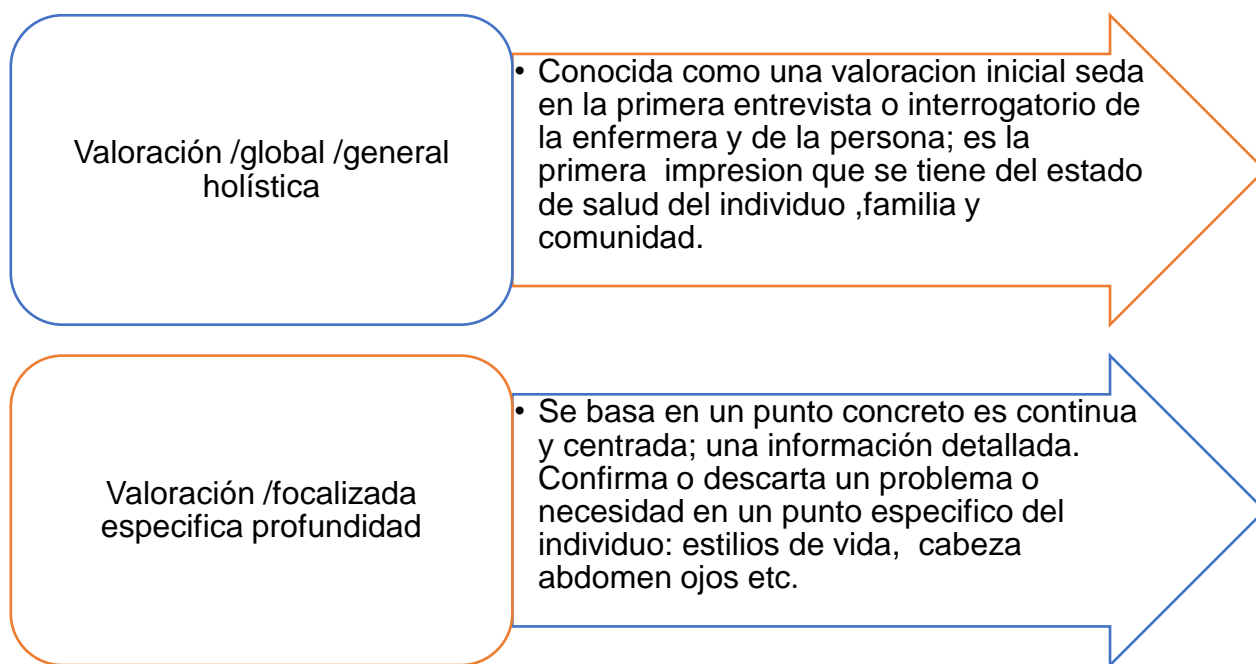
Fuente secundaria su finalidad es verificar, clarificar, o incrementar la información que se recabo de la fuente directa. ⁴⁸

Medios para la recolección de datos



Para la valoración específica o focalizada se necesita la exploración física estrategias manuales para obtener datos objetivos y que resulta de los estudios de laboratorio.

La obtención de datos debe ser sistemática y ordenada debe seguir un marco referencial y recurrir a distintos modelos de atención de enfermería para obtener datos, tiene la ventaja de identificar y validar los diagnósticos de Enfermería en contraste con los diagnósticos médicos.



Elaboración propia, Gómez ER. Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología [Internet]. Google Books. Editorial El Manual Moderno; 2015 [cited 2023 Aug 25]. Available from: <https://books.google.com.gt/books?id=zO4VCgAAQBAJ&>

Clasificación: La valoración se realiza de dos formas:

Fuente: Se refiere a que la enfermera identifique de donde se origina la información la cual puede ser primaria o directa o bien secundaria o indirecta.⁴⁸

Clasificación de datos

Datos Subjetivos

- Se obtiene de la opinión y percepción de la persona sobre sí mismo y su situación de salud. Ejm. ideas, síntomas, sentimientos, acontecimientos o ambos los cuales la enfermera no tiene la seguridad de confirmar en el momento pero que son esenciales para confirmar o descartar un diagnóstico de Enfermería.

Datos Objetivos

- Es información observable y medible la Enfermera tiene la garantía que esta sucediendo en el momento y lo puede confirmar a través de la observación, exploración física o ambas Ejm. se observan los signos: cianosis, ictericia, tumoración en el cuadrante superior derecho.

Elaboración propia, Gómez ER. Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología [Internet]. Google Books. Editorial El Manual Moderno; 2015 [cited 2023 Aug 25]. Available from: <https://books.google.com.gt/books?id=zO4VCgAAQBAJ&>

Utilizando los siguientes métodos: Entrevista, Observación y Examen Físico donde el primero tiene una importancia significativa porque recoge información específica y necesaria.⁴⁷

Diagnóstico de Enfermería

Es un juicio clínico sobre las reacciones a los problemas de salud reales o potenciales a los procesos vitales de una persona, de una familia o de una colectividad. Los diagnósticos de enfermería sirven de base para la etapa de planeación. El juicio clínico es el acto del inmediato de emitir una apreciación o una opinión de llegar a una conclusión a partir de un conjunto de signos y síntomas en referencia al estado de salud de una persona.⁴⁸

Ventajas del diagnóstico de enfermería

- ❖ Adoptar un vocabulario común
- ❖ Identificar los problemas de las personas

- ❖ Centrar los cuidados en aspectos de Enfermería
- ❖ Ofrecer a la persona cuidado de calidad personalizados humanizados
- ❖ Facilitar la coordinación del trabajo en equipo
- ❖ Dar mayor prevención
- ❖ Proporcionar elementos de información
- ❖ Establecer una base para la evaluación
- ❖ Dar al trabajo de enfermería un carácter más científico y profesional
- ❖ Desarrollar el saber ser enfermero

El diagnóstico de Enfermería es un referente metodológico de los cuidados dentro de proceso de atención de enfermería tiene importancia fundamental por representar la identificación del problema que tendrá la persona de enfermería que sirve de base para elegir las intervenciones de enfermería que permita perseguir los resultados esperados, es un juicio clínico sobre las respuestas de la persona, familia o comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales.

La formulación del diagnóstico de Enfermería depende del tipo de diagnóstico que se haya identificado a partir del análisis realizado de los datos obtenidos en la etapa de valoración. NANDA -1, 2018 -2020 plantea cuatro formas:

Diagnóstico Enfermero Focalizado en el Problema

Juicio clínico en relación con una respuesta humana no deseada de una persona, familia, grupo o comunidad a una afección de salud / proceso vital; La estructura de este tipo de diagnóstico incluye el foco del diagnóstico y el factor relacionados (factores etiológicos) características definitorias (manifestaciones, signos y síntomas).⁴⁸

Diagnóstico Enfermero de Riesgo

Juicio clínico sobre la susceptibilidad de una persona, familia, grupo o comunidad para desarrollar una respuesta humana o no deseada a un problema de salud /proceso vital un diagnóstico de riesgo comprende el foco del diagnóstico y el factor de riesgo que contribuye aumentar la susceptibilidad.

Diagnóstico Enfermero de Promoción a la Salud

Juicio clínico acerca de la motivación y deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial de salud.

Síndrome Juicio clínico de un conjunto de diagnósticos que aparecen de manera conjunta y se tratan de forma correcta en conjunto a través de intervenciones similares. La redacción de los diagnósticos de Enfermería sigue una serie de directrices que propone Iyer (1997); asimismo, Ackley y Ladwig (2007) brindan los siguientes lineamientos diagnóstico de Enfermería.

Destacar o subrayar los síntomas relevantes

- Hacer una lista corta de síntomas
- Agrupar síntomas parecidos
- Analizar /interpretar los síntomas

Elegir una etiqueta diagnóstica que ajuste a los factores relacionados y a las características definitorias adecuadas. El registro depende de las recomendaciones que se hicieron en la etapa de valoración y también del tipo de diagnóstico de enfermería, es importante considerar que en el momento que se plantea un diagnóstico de enfermería es por qué el profesional tiene injerencia en el cuidado de la persona familia, comunidad, de sí mismo y será líder ante otros profesionales del área de la salud.

Diagnóstico Enfermero enfocado al problema se estructura por tres enunciados:

- ❖ (P) Problema
- ❖ (E) Etiología o causa del problema
- ❖ (S) Sintomatología y signo

A esta estructura se le ha denominado formato PES

Diagnóstico de Enfermero de riesgo

Solo se conforma de dos enunciados: el primero es el problema y el segundo la posible causa que probablemente lo está generando esto permite al profesional plantear intervenciones de prevención para que no se manifieste el problema.

Diagnóstico enfermero de promoción a la salud:

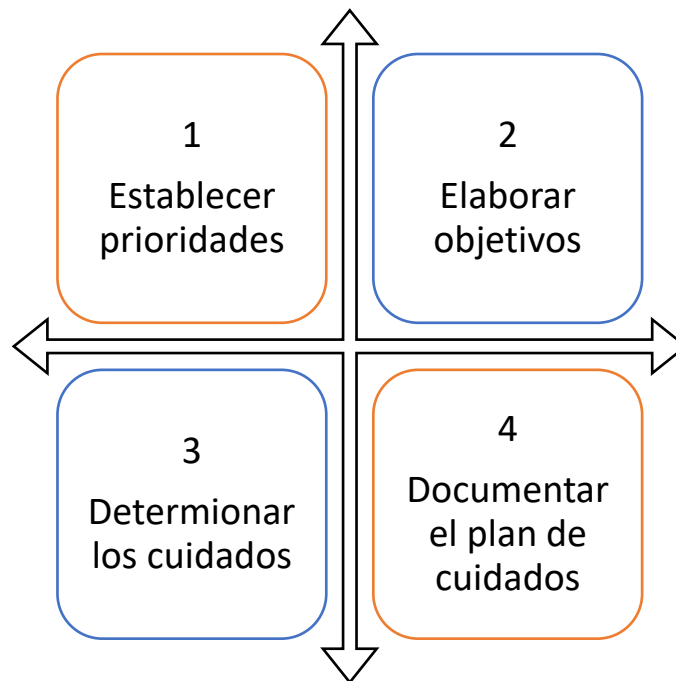
Es una disposición para mejorar los comportamientos específicos de salud de una persona familia, grupo o comunidad la enfermera se basa en el ello para determinar intervenciones y seguir estilos de vida saludable.

Es fundamental que los enunciados se unan con conectores; es decir el primer enunciado con el segundo se enlaza con la palabra "relacionado con "y el segundo enunciado con el tercero a través de la frase manifestado por.

Planeación

Se considera la tercera etapa del proceso de enfermería. Es la elabora de estrategias diseñadas para reforzar, evitar reducir o corregir las respuestas de la persona

FASES DE LA PLANEACIÓN



Elaboración propia, Gómez ER. Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología [Internet]. Google Books. Editorial El Manual Moderno; 2015 [cited 2023 Aug 25]. Available from: <https://books.google.com.gt/books?id=zO4VCgAAQBAJ&>

Las prioridades en las intervenciones de enfermería dependen del diagnóstico donde se concluye la identificación del problema y se debe centrar el cuidado esto es, hacer las acciones inmediatas en aquellas manifestaciones que representan una amenaza para la vida de la persona o según las circunstancias, determinan medidas de prevención de riesgo que pretende la comunidad familia o individuo. La clasificación de prioridades es alta intermedia o baja según el escenario donde se encuentre la persona y las condiciones de salud en las que este. Potter y Perry.

Ejecución

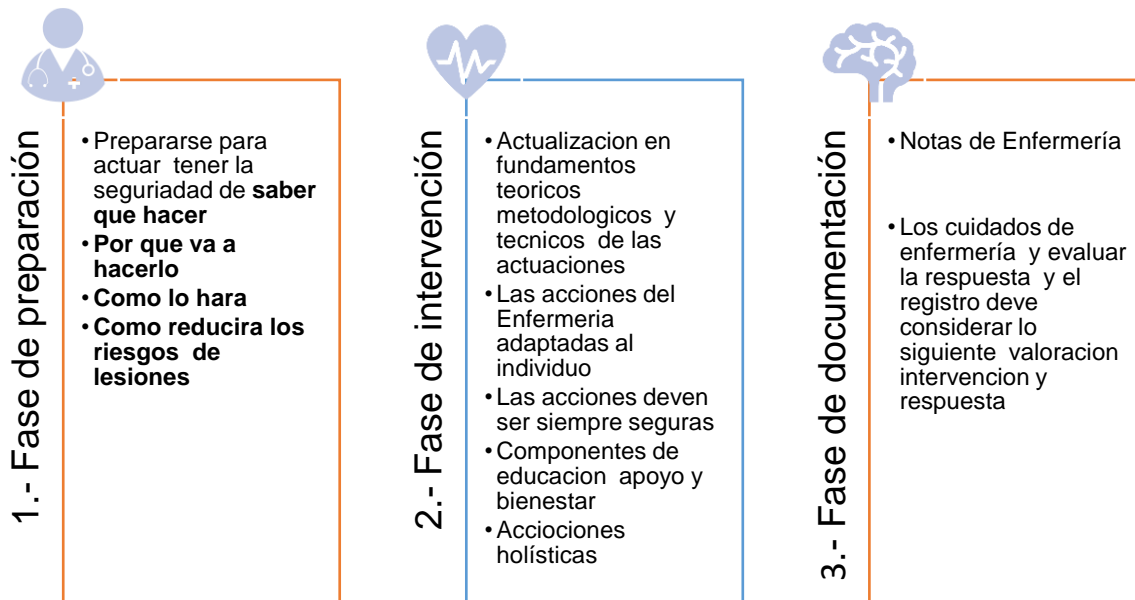
La cuarta etapa del proceso que comienza una vez que sea elaborado los planes de cuidado, está enfocada al inicio de aquellas intervenciones que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados.

Etapa en la que se pone en práctica el plan de cuidados elaborado.

Realizar las intervenciones es estar preparada ejecutar las intervenciones de terminar la respuesta y hacerlos cambios necesarios de acuerdo con Potter y Perry (2002) La enfermera debe contar con habilidades cognitivas y afectivas y psicomotoras que la profesión demanda antes de llevar a cabo un plan de cuidados. Esta preparación asegura un cuidado enfermero seguro, eficiente y eficaz la implementación del proceso enfermero tiene cinco pasos: reevaluación de la persona; revisión y modificación del plan de cuidados urgente organización de los recursos y la prestación del cuidado; anticipación y prevención de las complicaciones e implementación de las intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados.

Realizar las intervenciones enfermeras significa estar preparada, ejecutar las intervenciones determinar la respuesta y hacer los cambios necesarios. de acuerdo con Potter y Perry (2002). La enfermera debe contar con habilidades cognitivas afectivas y psicomotoras que la profesión demanda antes de llevar a cabo un plan de cuidados esta preparación asegura un cuidado enfermero seguro, eficiente y eficaz. La implementación del proceso enfermero tiene cinco pasos: reevaluación de la persona; revisión y modificación del plan de cuidados urgente organización de los recursos y de la prestación de cuidados; anticipados y prevención de las complicaciones e implementación de las

Intervenciones de enfermería.



1.- Fase: Requiere de conocimientos y habilidades, tener en mente las complicaciones reunir el material y equipo; crear un ambiente de confortable y seguro para la persona y delegar cuidado, que se apeguen a tareas, personas, comunicación y evaluación correctas.

2.- Fase: Es importante porque se debe tener presente la revisión y modificación del plan de cuidados vigente durante su ejercicio, el estado de salud de una persona cambia de forma continua.

3.- Fase tres Alfaro - Leve (2005). Hace referencia que la documentación tiene los siguientes propósitos

- Comunicar los cuidados a otro profesional de salud que tiene la necesidad de saber qué es lo que ha hecho y como está evolucionando.
- Ayudar a identificar patrones de respuesta y cambios en la situación
- Proporcionar una base para la evaluación, investigación y mejorar la calidad de los cuidados.

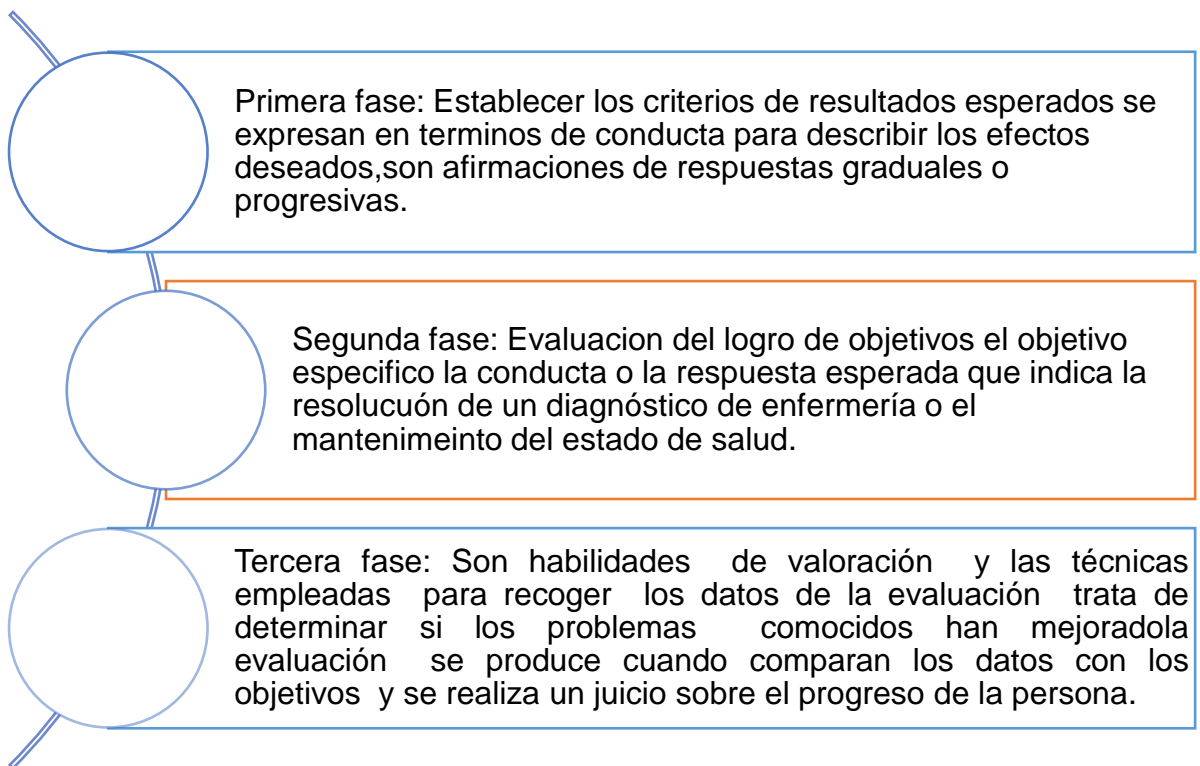
- Crear un documento legal (la mejor defensa de que realmente se observó o hizo algo es el hecho de tomar nota de ello).
- El registro debe especificar lo siguiente fecha, hora datos de valoración, intervenciones de enfermería resultados nombre/firma del personal de enfermería al cuidado del paciente o familia y comunidad.

Evaluación

Es la que pretende determinar el logro de los objetivos las interferencias y obstáculos para la realización del plan de cuidados que evitaron el logro de los propósitos. la evaluación mide la respuesta de la persona a las acciones enfermera con los resultados esperados y establecidos durante la planificación.⁴⁸

La evaluación crítica es la clave para la excelencia en la provisión de los cuidados puede marcar la diferencia entre las prácticas de cuidados predestinados a repetir los errores y prácticas del cuidado segura y eficiente y en constante mejoría, proporciona la evaluación la retroalimentación necesaria para valorar la satisfacción del individuo y maximizar el valor de la provisión del cuidado.⁴⁸

La Evaluación comprende tres fases:



Elaboración propia, Gómez ER. Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología [Internet]. Google Books. Editorial El Manual Moderno; 2015 [cited 2023 Aug 25]. Available from: <https://books.google.com.gt/books?id=zO4VCgAAQBAJ&>

La Enfermería Basado en la Evidencia (EBE)

La aplicación consiste, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible relativa al conocimiento enfermero para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes en esta toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes se trata de una investigación secundaria teniendo en cuenta sus preferencias y valores e incorporando la pericia profesional sobre estudios originales cuantitativos y cualitativos de calidad pertinentes y útiles.⁴⁸

Hernández - Ledezma, (2013). La EBE es la toma de decisiones en la gestión y aplicación del cuidado y formación de recursos humanos de enfermería basadas en el análisis crítico y reflexivo de la mejor evidencia cualitativa - cuantitativa disponible y la competencia profesional teniendo en cuenta los valores y preferencias de los pacientes.⁴⁸

Aplicar un modelo de enfermería basado en la evidencia, mejora la satisfacción y los resultados en salud de los pacientes facilita acercar las metas a los logros del cuidado, y vigila las condiciones óptimas que requiere la enfermería en su rol de cuidador, haciendo evidente la existencia de sobrecarga, si la hay.⁴⁷ Estos conceptos son bien entendidos en la teoría de Marjory Gordon, la cual establece los once patrones funcionales los cuales son ideales para la valoración de salud mental y guardan estrecha relación con la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) de la cual es autora.

Los once patrones funcionales se adaptan muy bien al ámbito del cuidado preventivo y de promoción de la salud, permiten estructurar y ordenar la valoración a nivel individual, familiar o comunitario del cuidado a la persona, en situaciones de salud o enfermedad, y facilitan claramente la vinculación de las fases del diagnóstico de enfermería al hallarse en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA, así como una guía de los registros electrónicos y profesionales de enfermería. Tiene la característica de conducir como un todo y de forma lógica la valoración holística (biológica-psico-lógica-social-espiritual), recogiendo información necesaria del paciente, la familia y el entorno, para dar cuidados a sus necesidades humanas, ya que ello y su concepción influyen en la calidad de vida, la salud-enfermedad y el logro de su potencial humano a lo largo del tiempo.⁴⁷

Los patrones funcionales permiten valorar:

Biológico: Percepción/manejo de la salud, Nutrición/metabólico, Eliminación, Actividad/ejercicio, Sueño/descanso, Sexualidad/reproducción.

Psicológico: Cognitivo/perceptual, Adaptación/tolerancia al estrés, Valores/creencias

Social: Rol/relaciones, aunque de manera personal puedo clasificarlos de esta forma también podemos valorar de manera psicológica la sexualidad o las relaciones.

El cual con los datos obtenidos de la valoración de acuerdo a los once patrones funcionales de Marjory Gordon podemos obtener diagnósticos de enfermería ya sea de acuerdo a NANDA o como en este caso Problema + Etiología + Signos y Síntomas (PES), pudiendo ser diagnósticos reales o de riesgo. Una vez teniendo los diagnósticos de enfermería nos dirigimos a la realización de la planificación de las intervenciones de enfermería específicos para cubrir las necesidades de la persona y considerando el/los patrones funcionales afectados valorados para continuar con la ejecución de los mismas para luego evaluar los resultados.

Gracias a que el Proceso de Atención Enfermería es un proceso cíclico y sistemático, es decir que debe ser con una secuencia, pero puede intervenir más de un componente a la vez, al final del primer ciclo se puede hacer una reevaluación y el plan puede ser modificado si es necesario es dinámico, flexible y, sobre todo, se sustenta teóricamente y puede adaptarse a cualquier modelo teórico de enfermería. Es por ello que podemos utilizarlo en conjunto con el modelo teórico de patrones funcionales de Marjory Gordon

Figura 8

PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

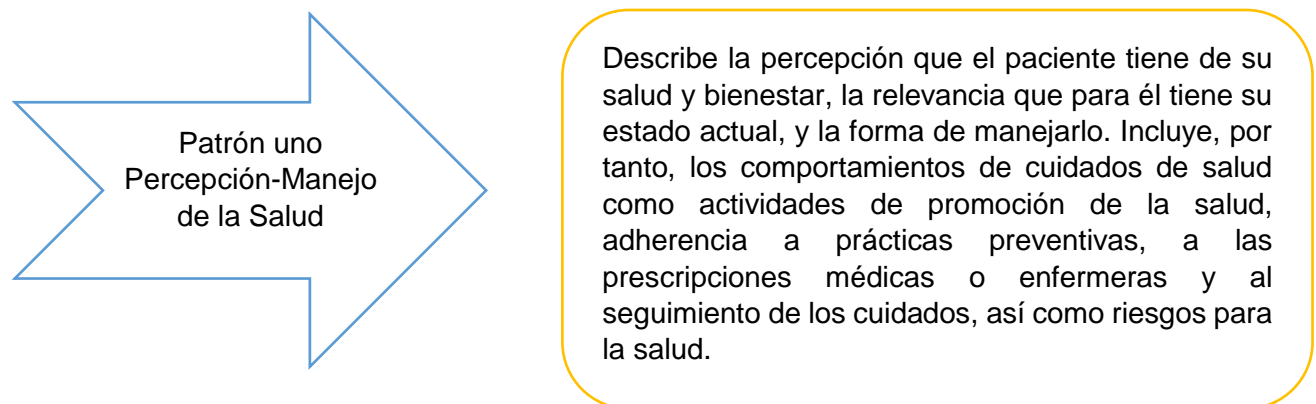
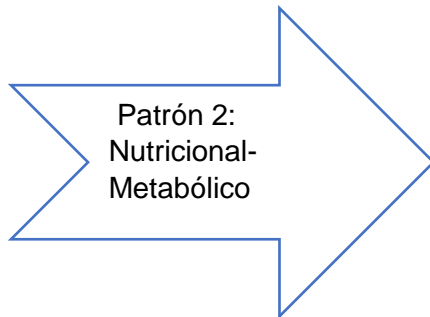
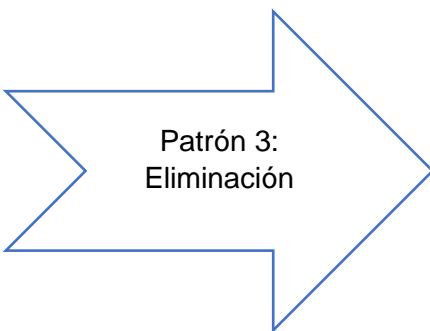


Figura 9

PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDO



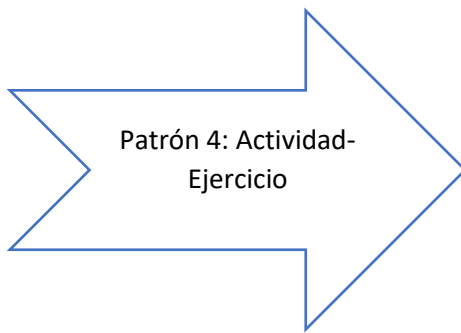
Patrones de consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas y los indicadores del aporte local de nutrientes Incluye los patrones de consumo de alimentos y líquidos: horario de comidas, tipo y cantidad de alimentos y líquidos consumidos, preferencias alimentarias y el uso de suplementos nutricionales las referencias al estado de la piel, mucosas, pelo, uñas, membranas y dientes. También cualquier lesión de la piel y la capacidad de cicatrización, medición de la temperatura, el peso y la talla corporal.



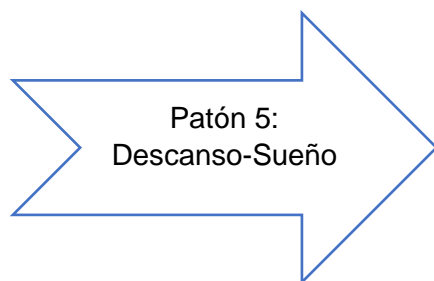
Describe los patrones de función excretora (intestinal, vejiga y piel) de los individuos, con datos sobre la regularidad y el control de dichas funciones. Incluye la regulación percibida por el individuo de la función excretora, el uso sistemático de laxantes y cualquier cambio o alteración en el patrón del tiempo, forma de excreción, calidad o cantidad. También incluye el uso de dispositivos para el control de la excreción. El examen debe incluir investigación sobre la presencia de dispositivos (bolsas de ostomías) presencia de olores, y si procede, se incluye el patrón de eliminación de residuos tanto familiar como comunitario.

Figura 10

PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDO



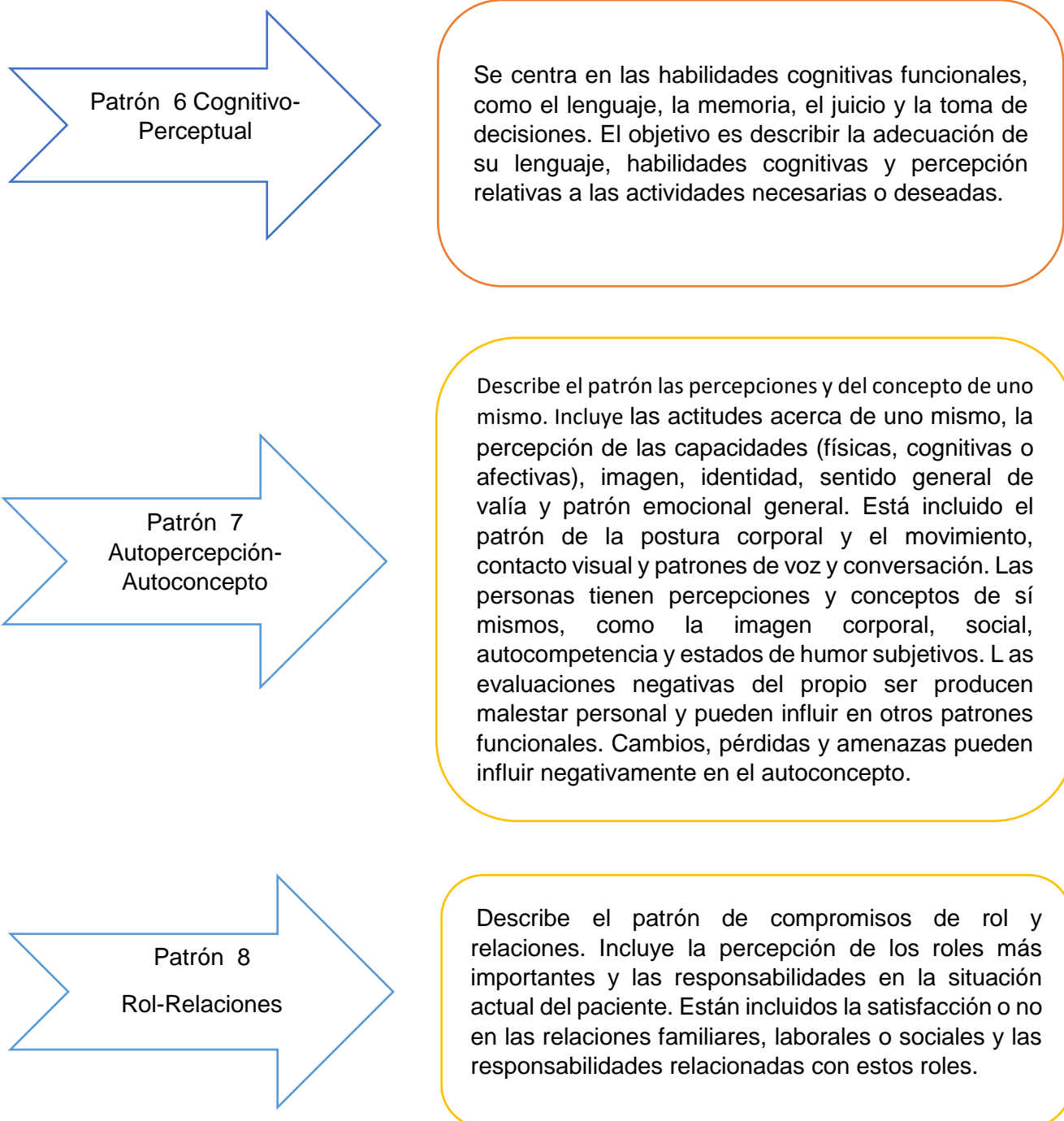
Comprende el patrón de ejercicio, actividad, tiempo libre y recreo. Incluye los requerimientos de consumo de energía de la actividad diaria. También están incluidos el tipo, la cantidad y la calidad del ejercicio, incluyendo los deportes, lo cual describe el patrón típico. El énfasis está en la actividad de mayor importancia para el paciente. La valoración de los patrones de actividad permitirá la detección de prácticas poco saludables, la prevención de mayores pérdidas funcionales y puede asimismo ayudar a compensar dichas pérdidas.



Incluye los patrones de sueño y los períodos de descanso o relax a lo largo de las 24 horas del día. Se interesa por la percepción de la calidad y la cantidad de sueño y descanso y la percepción del nivel de energía. También están incluidas las ayudas para dormir como los medicamentos o la rutina empleada a la hora de acostarse.

Figura 11

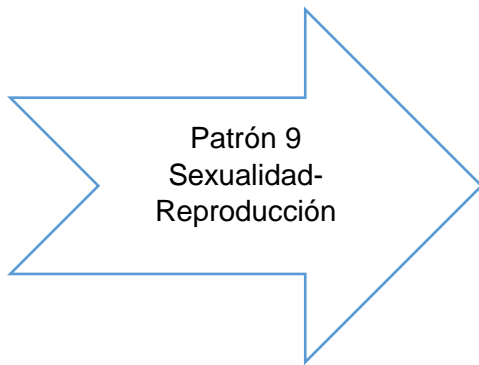
PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDO



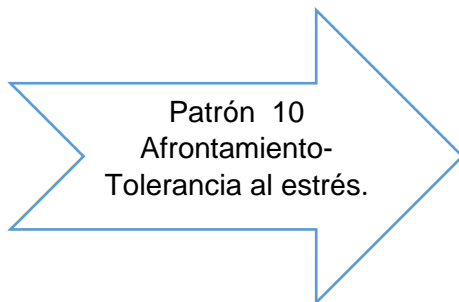
Elaboración propia, Gómez ER. Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología [Internet]. Google Books. Editorial El Manual Moderno; 2015 [cited 2023 Aug 25]. Available from: <https://books.google.com.gt/books?id=zO4VCgAAQBAJ&>

Figura 12

PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDO



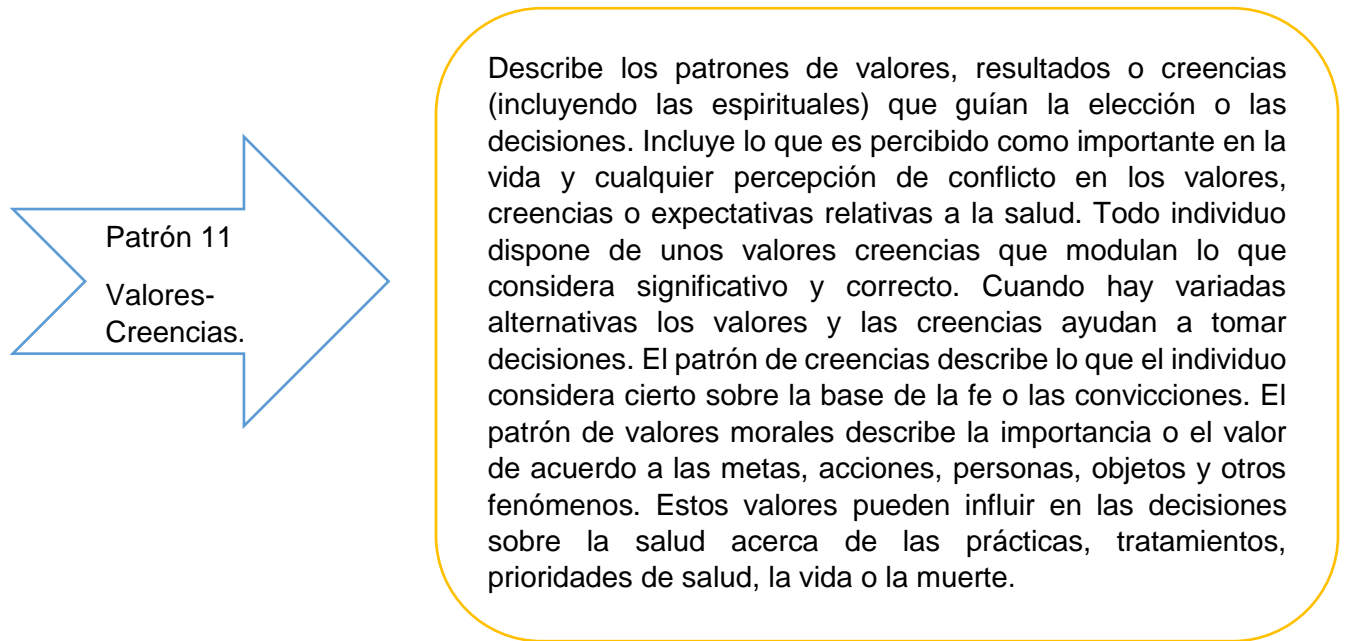
Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad; describe el patrón reproductivo. Incluye la satisfacción percibida o las alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales. También incluye el estado reproductor en las mujeres, premenopausia o menopausia y los problemas percibidos. La sexualidad es la expresión del comportamiento de la identidad sexual. Incluye, pero no se limita a las relaciones sexuales con una pareja. De la misma forma que en otros patrones funcionales, las normas culturales regulan su expresión. En las sociedades occidentales esas normas están continuamente cambiando.



Describe el patrón general de adaptación y la efectividad del patrón en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva o capacidad para resistir los cambios en la propia integridad, formas de tratar el estrés, sistemas de apoyo familiar o de otro tipo y la habilidad percibida para controlar y dirigir situaciones. Un estresante se le considera a un suceso que amenaza o cambia la integridad del ser humano. Produce una respuesta psicofisiológica que puede conducir al crecimiento y posterior desarrollo o a la desorganización manifestada como ansiedad, miedo, depresión y otros cambios negativos en la autopercepción o en los roles y las relaciones. Para saber si una situación es estresante para una persona, familia o comunidad, se debe averiguar cuál es la percepción o la definición de la situación. Los desastres comunitarios, la pérdida de un miembro de la familia, la enfermedad y la hospitalización generalmente se viven como amenazas a la integridad o al patrón habitual de actividades de la vida, por tanto son estresantes. El patrón de adaptación de un individuo es la forma de responder a los acontecimientos vividos como amenazantes. El patrón más efectivo será aquel en el que la persona pueda ejercer mayor control sobre la amenaza a la integridad.

Figura 13

PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDO



Elaboración propia, Gómez ER. Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología [Internet]. Google Books. Editorial El Manual Moderno; 2015 [cited 2023 Aug 25]. Available from: <https://books.google.com.gt/books?id=zO4VCgAAQBAJ&>

2.4 Daños a la Salud

Estrés

El cerebro humano es una de las estructuras más complejas, pero más importantes, debido a que dicta toda la actividad mental y física, el lóbulo frontal se ejecutan las funciones ejecutivas que son las funciones más complejas del ser humano, participan en el control, la regulación y la planeación eficiente de la conducta humana el objetivo principal es facilitar la adaptación a situaciones nuevas expresión, el estrés es un estado psíquico que se caracteriza por tensión nerviosa violenta y mantenida largamente, acompañada de ansiedad y se clasifica:

1. Estrés psicológico: producido por estímulos emocionales o preceptuales, pérdida de afecto, seguridad, situaciones amenazantes desde el punto de vista físico y moral.
2. Estrés social: restricciones culturales, cambios de valores, migraciones.
3. Estrés económico: restricción es económicas, desempleos.
4. Estrés fisiológico: producido por agresiones químicas, bacterias, virus.
5. Estrés psicosocial: determinado por el grado que sea percibido por una persona o la vulnerabilidad de la persona y su capacidad para adaptarse y enfrentar el estímulo el conjunto de reacciones fisiológicas que disponen al organismo para la acción.

Su principal objetivo es preparar al cuerpo para la adaptación a los cambios del medio (estrés), pero si supera la capacidad de asistencia y adaptación del individuo se produce el estrés patológico (distrés).

“El eustrés, hace referencia a una respuesta armónica respetando los parámetros fisiológicos y psicológicos de la persona, es decir, cuando la energía de reacción ante los factores estresores se consume biológica y físicamente”.

Las emociones se encuentran controladas por el sistema límbico, que se compone por varias estructuras cerebrales que controlan las respuestas fisiológicas, con esto podemos decir que una emoción puede producir un comportamiento que puede ser demostrado con una expresión facial.

El estrés es una condición psicológica y física

que altera el estado normal del cuerpo, generan afecciones o cambios notorios en la persona, cuyos efectos inciden en la salud física y mental, en el rendimiento laboral y académico, provocando preocupación y angustia. En el intento de dominar dicha situación se corre el peligro de que los recursos de afrontamiento se vean superados, llevando a una perturbación en el funcionamiento del individuo, lo que podría causarle dolor emocional, enfermedad e incluso la muerte.

El estrés psicofisiológico agudo

Mejora la memoria episódica especialmente en eventos emotivos, en cambio la exposición crónica al agente estresor provoca contracción de las neuronas piramidales en el hipocampo, reduce el volumen del hipocampo, ocasionando alteraciones en la memoria a largo plazo desde un enfoque biológico; esto puede estar dado por ser el estrés un fenómeno multifactorial y por la necesidad de desarrollar estrategias de afrontamiento desde edades tempranas. Según Grau, Hernández y Vera se considera que de 50 a 75% de todas las enfermedades y accidentes del hombre moderno se relacionan con un exceso de estrés.

Los agentes estresores elevan los niveles de glucocorticoides, promoviendo la ingesta de comida rica en calorías, lo que aumenta la deposición de grasa, particularmente en la región abdominal. La duración del evento estresor ocasiona reacciones inmediatas, intermedias y crónicas al estrés, siendo las exposiciones crónicas las relacionadas al desarrollo de patologías.²⁴

El trastorno por estrés agudo (TEA)

Es un padecimiento que se presenta como consecuencia de algún acontecimiento traumático caracterizado por sintomatología que inicia a partir de tres días hasta cuatro semanas después del evento.²⁵ muchas personas que han estado expuestas a un evento traumático o estresante exhiben un fenotipo que muestra como sus características clínicas más importante es el miedo y ansiedad, anhedonia y disfóricos exteriorizados como si tomas de enfado y hostilidad o síntomas disociativos, se han agrupado:

- ❖ Trauma
- ❖ Trastornos relacionados con factores de estrés

Síntomas de intrusión

1.- Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos de los sucesos traumáticos

2.- Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y el afecto del sueño está relacionado con los sucesos

3.- Reacciones disociativas

4. Malestar psicológico intenso o prolongado, o reacciones fisiológicas importantes en respuesta a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso

Estado de ánimo negativo

5.- Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas

Síntomas disociativos:

6.- Sentido de la realidad alterado del entorno o de uno mismo

7. Incapacidad de recordar un aspecto importante de los sucesos traumáticos debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas.

Síntomas de evitación

8. Esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados a sucesos traumáticos.

9. Esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del o estrechamente asociados a sucesos traumáticos

Síntomas de alerta

10.- Alerta del sueño

11.- Comportamiento irritable y arrebatos de furia

12.- Hipervigilancia

13.- Problemas con la concentración

14.- Respuestas sobresalto exageradas

Prevalencia

El estrés agudo tiende a identificarse en menos del 20 % de los casos después de sucesos traumáticos que no impliquen un asalto interpersonal, entre el 13 y el 21 % de los accidentes de vehículos a motor, en el 14 % de las lesiones cerebrales traumáticas leves, en el 19 % de los casos de asalto, en el 10 % de las quemaduras graves, y entre el 6 y el 12 % de los accidentes industriales. Las tasas, del 20-50 % se manifiestan después de eventos traumáticos interpersonales.²⁶

La ansiedad

En el contexto de pandemia ha sido una situación de crisis – potencialmente traumática la ansiedad puede ser la emoción frente a la incertidumbre Esta inferencia se construye sobre la base de que este estímulo des estructurante pone a prueba los esquemas cognitivas y emocionales habituales de la persona a la vez que cumple con las características del criterio DSM - V 2013

La ansiedad estado es un sentimiento subjetivo de tensión y nerviosismo junto a una activación del sistema nervioso autónomo, frente a una situación amenazante. Vallejo Ruiloba (1998). Por otro lado, la ansiedad rasgo hace referencia a las características de personalidad que hacen a algunas personas a ser más propensas que otras a padecer síntomas de ansiedad Vallejo Ruiloba, (1998). Spielberger, Pollance

Worden (1984) mencionan que las personas con rasgos de ansiedad son más vulnerables al estrés, percibiendo a muchas más situaciones como peligrosas. Clark y Beck 2012 conceptualizaron a la ansiedad como un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se dispara al anticipar sucesos percibidos como imprevisibles, incontrolables y potencialmente amenazantes para los intereses vitales de una persona.²⁶

La ansiedad es la respuesta que tiene nuestro cuerpo; el cerebro interpreta que existe un peligro o riesgo de la vida. La ansiedad y la angustia están relacionados con el futuro y mientras que la depresión está acoplada con la tristeza o algún apartado del pasado, los adolescentes viven una difícil postura existencial. Esto puede ayudar a comprender la inestabilidad emocional y los adolescentes se ven sometidos a expresar conductas negativas.²⁸

Ansiedad

El término ansiedad proviene del latín *anxietas* que significa estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo Real Academia Española, 2014. Dicha definición se solapa con el término angustia, con el cual comparte su raíz etimológica Pichot, (1999)²⁶

La Asociación Psiquiátrica Americana 2013 define a la ansiedad como aprensión, tensión o dificultad que surge por la anticipación de un peligro cuya fuente es desconocida. En tanto, Lazarus (2000) se refiere a la ansiedad como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar.²⁶

Navas (1989), en un intento de precisar la ansiedad, la diferencia de otros estados. La explica como un estado emocional, un compuesto o mezcla de sentimientos, conductas y reacciones o sensaciones fisiológicas. Expone que, en el aspecto subjetivo, la ansiedad es un sentimiento o emoción única que es cualitativamente diferente de otros estados emocionales tales como tristeza, depresión, coraje o pesadumbre y agrega que se caracteriza por varios grados de sentimientos de aprensión, temor, terror o nerviosismo.

Clark y Beck (2012) conceptualizaron a la ansiedad como un sistema complejo de respuesta conductual, fisiológica, afectiva y cognitiva que se dispara al anticipar sucesos percibidos como imprevisibles, incontrolables y potencialmente amenazantes para los intereses vitales de una persona.²⁶

Síntomas de ansiedad

SINTOMAS FISICOS	SINTOMAS PSICOLOGICOS
Vegetativos mareo aturdimiento desmayo escalofríos o sensación de calor desrealización mareo sudoración, sequedad de boca	Preocupación excesiva irritabilidad inquietud desasosiego
Neuro musculares dolor, tensión muscular temblores sacudidas parestesias	Miedo excesivo
Cardio vasculares: palpitaciones taquicardia dolor precordial molestia en el tórax	Miedo a perder el control inhibición o bloqueo psicomotor o del lenguaje
Respiratorios sensación de ahogo dificultad para respirar	Miedo a morir o a volverse loco o sensación de muerte inminente
Digestivos nauseas, malestar abdominal, vomito, dispepsia, diarrea estreñimiento.	Dificultad en la concentración quejas de pérdida de memoria
Genitourinarios micción frecuente problemas en la esfera sexual	Conductas de evitación en determinadas situaciones

Elaboración propia, López OIF, Hernández BJ, Almirall RBA, Molina DS, Navarro JRC. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. MediSur [Internet]. 2012 [cited 2023 Aug 25];10(5):466–79. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=37576>

De acuerdo con la teoría cognitiva de Barlow y Durand, (2001); Clark y Beck, (2012), la ansiedad es una condición humana desarrollada evolutivamente que brinda ventajas sobre las otras especies. Es una respuesta emocional compleja que se activa ante procesos de evaluación y reevaluación cognitiva, permite al sujeto relevar y analizar información relevante sobre la situación, los recursos y el resultado esperado, para estratégicamente actuar en consecuencia posee una función eminentemente adaptativa cuya finalidad es guiar el comportamiento para lidiar con circunstancias anticipadas como aversivas o difíciles.

En intensidad moderada impulsa y mejora el desempeño físico e intelectual, moviliza al sujeto para la resolución de problemas y favorece la adaptación en contextos novedosas o aversivos Barlow y Durand (2001).²⁶ La respuesta de ansiedad comprende diversos procesos en continua interrelación: cognitivos, fisiológicos, conductuales y afectivos.

Los procesos Cognitivos

Refieren a los mecanismos involucrados en el procesamiento de la información relevante de la situación y de sí mismo. Las manifestaciones cognitivas de ansiedad incluyen aprensión, miedo, autopercepción de indefensión, escasa concentración y memoria, dificultades de razonamiento, sensación de irrealidad, despersonalización

Los Procesos Fisiológicos

Son generados automáticamente por la activación combinada de la rama simpática y parasimpática del sistema nervioso autónomo, teniendo como finalidad preparar al organismo para actuar en contextos valorados como amenazantes o peligrosos.

Las manifestaciones fisiológicas de ansiedad incluyen: taquicardia, tensión muscular, sudoración, hiperventilación, opresión torácica, parestesias, entre otras.

Los Procesos Conductuales

Refieren a las acciones generadas con la finalidad de prevenir, controlar, luchar o huir del peligro. Las manifestaciones conductuales incluyen respuestas de paralización, cautela, abandono, evitación y/o búsqueda de seguridad. Las alteraciones conductuales asociadas a la ansiedad pueden interferir, limitar o deteriorar el funcionamiento diario del sujeto en áreas importantes de su vida. Finalmente, los procesos afectivos aluden a la experiencia subjetiva de la sensación ansiosa.²⁶

Ansiedad Patológica

Es una respuesta emocional exagerada desproporcionada en relación con el valor objetivo de amenazas que posee la situación estimular. derivada de una cognición disfuncional que atribuye una valoración errónea del peligro. Barlow, (2001), (2002); Clark y Beck 2012) y Oros, (2013) han demostrado que las emociones positivas empática, simpatía y gratitud.²⁶

Tratamiento no farmacológico

- ❖ Disminuir o discontinuar la cafeína y otros estimulantes del sistema nervioso central (SNC).
- ❖ Minimizar el uso de alcohol y otros sedantes o hipnóticos.
- ❖ Regular el ejercicio aeróbico, de forma que dure más de 20 minutos.
- ❖ Si es apropiado, involucrar al paciente en un programa de salud mental local u otro grupo de apoyo disponible.
- ❖ Utilizar estrategias para el manejo de la ansiedad como pueden ser la psicoterapia y las técnicas de relajación.
- ❖ Ante un síndrome de hiperventilación con parestesias en las manos y en la boca, mareo debido a la hipercapnia y alcalosis respiratoria es útil decir al paciente que respire en una bolsa de papel para normalizar el nivel de carbónico.

La evidencia demuestra que en la mayoría de los casos los mejores resultados se obtienen con un tratamiento mixto, psicoterapia y farmacológico, especialmente en el caso de la ansiedad generalizada.²⁸

La terapia cognitivo conductual y la terapia sicodinámica

Se considera tratamiento de primera línea se ha combinado como estrategias de exposición como objetivos buscando modular los patrones del pensamiento Kumar y Sakar, comparten que la TCC es una terapia orientada al paciente en el presente, desarrollando patrones cognitivos, comportamientos aptos para su ambiente y relaciones interpersonales, cuyo objetivo es colocar cierto estrés controlado para que el paciente desarrolle sus habilidades y evitando recaídas. La exposición de objetos, situaciones o actividades que generen un efecto negativo en el paciente, pueden aumentar temporalmente la angustia, pero eventualmente conduce a reducción de la ansiedad crónica La terapia cognitivo conductual es aplicada por períodos de entre 10 a 20 semanas, son terapias habitualmente utilizadas en trastornos depresivos y ansiosos.⁵⁰

Tratamiento farmacológico

Los trastornos de ansiedad son enfermedades crónicas que pueden llevar a la discapacidad. Por lo que su diagnóstico y el inicio de tratamiento es fundamental para la calidad de vida, usualmente se brinda tratamiento con antidepresivos y Benzodiacepinas. Es de suma importancia informar al paciente de su prescripción, inicio del tratamiento, efectos adversos, riesgo por discontinuidad o suspensión del mismo tiene resultados significativos para el descenso de la ansiedad, produce una mejoría significativa en la calidad de vida y reducción por discapacidad.

Los antidepresivos son el tratamiento farmacológico de primera línea para la mayoría de los trastornos de ansiedad a excepción de fobias específicas. La mayoría de antidepresivos tiene su acción en el sistema monoaminérgico, el cual tiene efecto en el sistema de neurotransmisores, principalmente la dopamina, serotonina y la noradrenalina, aumentando la disponibilidad en la hendidura sináptica estableciendo regulación en los receptores postsinápticos, el efecto clínico se manifestará de 2 - 4 semanas tras el inicio de su uso, debido a los cambios adaptativos en los neurotransmisores y su receptor.

Antidepresivos

FARMACO	EJEMPLO
(ISRS) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina	Escitalopram, Sertralina
(IRSN) Inhibidores de la recaptación de serotonina noradrenalina	Venlafaxina, Duloxetina, Paroxetina
(TCA) Antidepresivos tricíclicos	Clomipramina, Imipramina
(IMAO) Inhibidores de la monoaminoxidasa	moclobemida, fenelzina.

Delgado E, De La Cera D, Lara M, Arias R. GENERALIDADES SOBRE EL TRASTORNO DE ANSIEDAD. Revista Cúpula [Internet]. 2021;35(1):23–36. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>

Benzodiazepinas (BZD)

Las BZD son psicotrópicos que poseen efectos ansiolíticos, hipnóticos, miorelajantes, anticonvulsivantes y amnésicos.

Según su vida media	Clasificación de los benzodiazepinas
ACCION LARGA	1.- Diazepam 2.- Clonazepam 3.- Flurazepam
ACCION INTERMEDIA	1.-Lorazepam 2.- Alprazolam 3.-Lormetazepam
ACCION CORTA	1.- Bentazepam 2.- Bromazepam 3.- Midazolam

Elaboración propia, Delgado E, De La Cera D, Lara M, Arias R. GENERALIDADES SOBRE EL TRASTORNO DE ANSIEDAD. Revista Cúpula [Internet]. 2021;35(1):23–36. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>

De acuerdo al DSM-5. El individuo se ha infringido intencionalmente lesiones en la superficie corporal del tipo que suelen producir sangrado, hematomas o dolor (cortar quemar, pinchar golpear, frotar en exceso) con la expectativa de que la lesión sólo conlleve a un daño físico leve o moderado (es decir no hay intención suicida)

Autolesiones

La OMS define como un factor de riesgo a cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”. También se reconoce que estos factores de riesgo estarán asociados a la presencia de esa enfermedad o lesión. ²⁷

La práctica de autolesiones en los seres El individuo realiza los comportamientos autolesivos con una o más de las siguientes expectativas:

1.- Para aliviar un sentimiento o estado cognitivo negativo.

2.- Para resolver una dificultad interpersonal.

3.- Para inducir un estado de sentimiento positivos.

El alivio o respuesta deseados se experimentan durante o poco des pues de la autolesión y el individuo puede presentar patrones de comportamiento que sugieren una dependencia de realizarlos repetidamente. ²⁷

En la humanidad asido un fenómeno que ha estado ligado a factores como la cultura y la religión desde los inicios del hombre como especie dominante en el planeta. Han existido diferentes tipos de autolesiones cuya significación otorgada a sido diversa, tal y como se describe en la siguiente cita: desde el neolítico la historia humana se ha plagado de modificaciones corporales: aplicación de joyas, vestimentas, peinados y mutilaciones, que implican: cortar, cercenar o lesionar de forma permanente el esqueleto o los dientes y prácticas de escarificación, tatuaje, perforación corporal Desde una perspectiva antropológico-clínica, este fenómeno ha sido motivación de estudios que han perseguido la meta de determinar cuál es la relación existente entre estas conductas o actividades que implican un riesgo para la salud y las autolesiones, especialmente en la población joven, debido a que pueden manifestarse complicaciones médicas y además puede ser diagnosticada, algún tipo de psicopatología implícita” Souza y Cruz, (2008).¹⁸

Autolesiones no suicidas

Son una respuesta patológica a la falta de regulación emocional y la tolerancia a la aflicción que proporciona alivio rápido pero temporal de las emociones, pensamientos y sentimientos perturbados”, estos sucesos pueden ser frecuentes realizados durante un acto impulsivo que no da tiempo de la reflexión. También se definen como la destrucción tisular propositiva que el individuo realiza a su propia piel o cuerpo sin la intención de morir ³⁰

Kerr, definen en las autolesiones como cualquier conducta con intencionalidad y autodirigida que causa destrucción inmediata de tejidos corporales. Existen diferentes formas en esta conducta, como serían los cortes, quemaduras o golpes. Se encuentran asociadas las autolesiones crónicas a una gran variedad de problemas de salud, tanto psiquiátricos como somáticos. Las emociones se encuentran controladas por el sistema límbico, que se compone por varias estructuras cerebrales que controlan las respuestas fisiológicas, con esto podemos decir que una emoción puede producir un comportamiento que puede ser demostrado con una expresión facial.³⁰

CAPÍTULO III Metodología

Estudio de caso de tipo cualitativo descriptivo la elección del estudio de caso se hizo por conveniencia, tomando en cuenta los criterios de inclusión e interés académico y disposición de la persona, durante la práctica clínica de comunidad, los estudiantes de posgrado, de las siguientes especialidades Salud Mental, Salud Pública y Cultura Física y del Deporte. Como instrumento de valoración aplicados se realiza el llenado del consentimiento informado, se emplea la valoración de la cedula basada en los once patrones funcionales de Marjory Gordon; así como diversas escalas, se realiza genograma y ecomapa. Se obtuvo información de fuente primaria siguiendo las consideraciones ético legales como la ley general de salud, Normas oficiales código de ética de la y los Enfermeros y Enfermeras Mexicanos.

La selección del Caso y Fuente de Información

El presente estudio de caso se realizó como parte de la práctica de primer semestre del programa de Especialización de Enfermería en Salud Mental. El entorno donde se realizó el estudio de caso fue en la comunidad, durante el período que comprende del 4 de abril al 23 de junio del 2022. La persona de estudio se elige durante el barrido del AGEB donde se realizó el diagnóstico de la comunidad, se eligió a la familia de estudio de caso por conveniencia. En la primera semana se aplicaron instrumentos para

recopilación de datos sobre el estado de salud de la familia encontrando a una adolescente de 16 años con autolesiones, con un duelo no resultado de 7 meses por el suicidio de su primo materno por lo que ella se siente culpable.

Se solicita a la familia su colaboración para la realización de estudio de caso en esta comunidad, la cual decide su participación a dicho estudio. La adolescente decide por su propia voluntad su participación en el estudio de caso. Se obtuvo información de fuente primaria siendo directa de la persona y secundaria con firmada por la familia. Se explica a la madre en que consiste el estudio de caso que ésta constituido por una serie de preguntas para obtención de datos y posteriormente se realiza análisis e interpretación de la información obtenida, la cual será utilizada para fines académicos, se menciona que todas las disciplinas de la salud utilizan estos métodos de estudio, donde el responsable legal (madre) decide autoriza la participación al sujeto de estudio.

Durante la entrevista se le pregunta a la adolescente, si ésta de acuerdo en participar en dicho estudio de caso, se orienta a la persona de estudio y a los familiares sobre las intervenciones de Enfermería que se llevaran a cabo desde un enfoque de la salud mental donde se plantearan objetivos e intervenciones, reiterando que no se pondrá en riesgo la vida del sujeto de estudio.

Como segundo paso se utilizando los siguientes métodos como entrevista, escucha activa, la valoración ampliada utilizando la cedula de valoración de los once patrones funcionales de Marjory Gordon, la exploración física, toma de signos vitales y somatometría, se consultaron fuentes terciarias para obtener evidencia científica, sobre la problemática que presenta la adolescente, la información obtenida será únicamente con fines académicos, la búsqueda de datos en base a los términos convencionales que sustentan las palabras claves DeCs / MeSH las cuales fueron Adolescencia, Estudio de Caso, Patrones Funcionales, Autolesiones, Ansiedad.

El estudio de caso se llevó a cabo desde un marco jurídico y ético legal, como la Ley General de Salud, Norma Código de ética de las y los enfermeros y enfermeras mexicanos aplicando asentimiento y consentimiento informado. Se realizaron sesiones con base en los diagnósticos obtenidos, se invita a la familia a que asista como asistente a la feria de la salud, programada en el edificio de Punto de Innovación Libertad Arte Educación, programa prioritario de la Ciudad de México (Pilares) el día 4 de mayo 2022 en horario de 9:00 a 14:00 horas. Para la ejecución de las intervenciones de consulta fueron fuentes terciarias, a través de consultoría de bibliografía de libros se revisaron alrededor de 100 revistas de consulta de las cuales 60 fueron utilizadas para obtención de información se revisaron Normas Mexicanas.

Consideraciones éticas

Para la elaboración del estudio de caso de la persona se brinda consentimiento informado (Anexo1) respetando la integridad y confidencialidad de la persona conforme a lo establecido en la Ley de Protección Federal de Datos, Capítulo I. Artículo 2 párrafo 2 que menciona: “Son sujetos regulados por esta Ley, los particulares sean personas físicas o morales de carácter privado que lleven a cabo la recolección y al almacenamiento de datos personales que serán para uso exclusivo de la persona sin fines de divulgación o utilización comercial.”⁵¹

El consentimiento informado (CI) es un acto de igualdad que va más allá de la declaración de riesgos y beneficios el consentimiento es un proceso complejo que requiere 5 elementos: capacidad de decisión, explicación de las intervenciones propuesta entendimiento, voluntariedad y autorización.

Intervención propuesta entendimiento, voluntariedad y autorización (el médico idealmente quien realiza la intervención o quien conozca la intervención a fondo) asegurarse que la persona entienda el diagnóstico o pronóstico de la enfermedad explicar

de forma entendible la naturaleza y el propósito de la intervención planteada los riesgos y beneficios y las alternativas disponibles.⁵¹

El consentimiento informado y la minoría de edad en el ámbito sanitario

La capacidad que ostentan las personas menores de edad para poder emitir por sí, de forma autónoma una declaración de voluntad informada autorizada una determinada actuación o tratamiento médico u oponiéndose al mismo considerando la categorización del derecho a la vida e integridad corporal como derecho de la personalidad nos lleva a cuestionarnos acerca del régimen jurídico aplicable a los actos de ejercicio de este tipo de derechos cuando su titularidad recae sobre personas menores de edad resaltando la naturaleza jurídica.

El modo de ubicar el origen de la consideración de las personas menores de edad como capaces en el ámbito sanitario en la denominada competencia Gillick, institución propia del *common law* que sirvió como estímulo o reconocimiento normativo de las competencias del sector más joven ostentando sobre el ámbito material. Los derechos de los niños, niñas y adolescentes a recibir una información adecuada para poder tomar decisiones conscientes con respecto a su estado de salud.⁵²

El presente estudio de caso se notifica al responsable legal madre y a la adolescente que participa en el estudio de caso, sobre el consentimiento informado y el asentimiento por ser menor de edad y esto base a la Ley General de Salud que establece el consentimiento informado, en el cual no solo se asienta una firma para su autorización en su participación en el estudio, sino que inicia desde el momento en que se instaura una relación terapéutica enfermera especialista en salud mental y adolescente. Se favorece un ambiente terapéutico, y una buena comunicación basada en el respeto y confianza.

Se hace saber que los datos obtenidos por y su responsable legal madre, serán meramente exclusivos para uso y fines académicos confidenciales.

La escucha activa es primordial para establecer comunicación con la madre y a la adolescente que es sujeto de estudio se informa sobre los objetivos del estudio y en todo momento se le reitera que tiene derecho a no continuar con su participación en dicho estudio si así lo requiere. Se explica los objetivos de la consultoría, así como el propósito y metodología utilizada, así como el límite que tendrá el presente trabajo.

En todo momento a la persona sujeto de estudio recibió un trato digno y respetuoso tomando en cuenta los derechos humanos y dignidad de la persona. Las intervenciones realizadas fueron hechas con profesionalismo, considerando como base el código de ética de los enfermeros y enfermeras mexicanas, así como las consideraciones éticas, como una de las disciplinas de la filosofía de la aplicación de la razón a la conducta y exige la reflexión y juzgar individualmente sobre el deber ser de cada momento y circunstancia.⁵¹

Los principios éticos pueden ser vistos como los criterios de decisión, fundamentales que los miembros de una comunidad científica o profesional han de considerar en sus deliberaciones sobre lo que sí o no se debe hacer en cada una de las situaciones que enfrenta en su quehacer profesional.⁴⁷ Los principios son: beneficencia, el cual afirma que el propósito de toda acción profesional es mejorar las condiciones de vida y de relación de los sujetos, incrementando el bienestar de las personas, grupos, comunidades e instituciones atendidas el principio de no maleficencia que dictamina en esforzarse en no causar daño durante el ejercicio profesional.

El principio de justicia, pues hace referencia a respetar los derechos de todas las partes involucradas y tratarlas con el mismo respeto y consideración; el principio de autonomía que consiste en reconocer el derecho de las personas a su privacidad y autodeterminación; y el principio de integridad que está muy de la mano con la valoración de la honestidad, el respeto y la transparencia en las interacciones profesionales.⁴⁷

Materiales e Instrumentos utilizados durante la valoración inicial

Instrumento de valoración basado en los once Patrones funcionales de Marjory Gordon

Para el desarrollo de este estudio de caso se utilizó instrumento de valoración basado en los once patrones funcionales de Marjory Gordon, el cual se adjunta en el estudio en el (Anexo 3)

La valoración de la salud familiar se realiza a partir de la aplicación de instrumentos como el genograma y el ecomapa, que nos permiten obtener información acerca de la estructura familiar, su dinámica, su conformación, sus relaciones internas, sus redes de apoyo, sus capacidades y sus recursos y con ello lograr realizar una valoración integral de la familia.⁵³

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global, incluyendo a los niños ya que es aplicable a la población infantil.⁵⁴ (Anexo4)

Sirve para evidenciar la forma en que una persona percibe el funcionamiento de su familia en un momento determinado, también sirve para favorecer una relación médico paciente en toda su extensión.

Con este instrumento los integrantes del equipo de atención primaria de salud (APS) pueden conseguir una primera aproximación para la identificación de aquellas familias con problemas de conflictos o disfunciones familiares, con el propósito de darles seguimiento y orientación; el médico familiar cuenta con la preparación para ejecutar dicha ayuda a sus pacientes, ya que no solo realiza la parte clínica sino la psicosocial en la consulta diaria; sabemos que no toda patología se debe a un mal orgánico en su totalidad, puede deberse a crisis familiares que puedan estar cursando las familias, ocasionando una patología.

Componentes del APGAR familiar

Adaptación: es la capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas en situaciones de estrés familiar o periodos de crisis.

Participación: es la implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familia.

Gradientes de recursos: es el desarrollo de la maduración física, emocional y auto realización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.

Afectividad: es la relación de cariño amor que existe entre los miembros de la familia.

Recursos o capacidad resolutiva: compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia, generalmente implica compartir unos ingresos y espacios.

Interpretación del puntaje

La suma de las cinco puntuaciones da lugar a la clasificación siguiente:

- familia funcional, de 7 a 10 puntos.
- familia disfuncional, de 4 a 6 puntos.
- familia disfuncional severa, de 0 a 3 puntos.

Una puntuación baja refleja una satisfacción muy baja del funcionamiento de la familia y es un síntoma que es necesario intervenir y actuar. Cabe destacar que el cuestionario se deberá acompañar de otras pruebas e instrumentos, como el genograma, el ecomapa.

Familiograma

El genograma es una herramienta fundamental para la práctica de la medicina familiar por su utilidad para conocer la funcionalidad de la familia, las relaciones y roles de sus integrantes, e incluso permite un profundo conocimiento de la historia personal y familiar; además, es usado como un instrumento funcional y aplicable para el estudio y abordaje

de la familia, es de gran importancia asociar el uso del genograma al del ecomapa, para obtener una visión sistémica del paciente y entender sus relaciones e interacciones dinámicas, identificando no solo su problemática, sino también alternativas terapéuticas.

Es una representación esquemática, en cuanto a su estructura y sus relaciones, también se le conoce como genograma, árbol genealógico, árbol familiar o peligre humano, familiograma. Es considerado como una herramienta para dibujar la estructura familiar y registrar la información sobre los miembros de la familia y sus relaciones proporcionando una visión rápida del desarrollo. Sirve para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia cuya estructura las coloca en algún riesgo de carácter biológico, psicológicos o social estas características ofrece una perspectiva longitudinal, también permite conocer en qué etapa del ciclo de la vida se encuentra la familia, el tipo de familia, los eventos de salud y aspectos relevantes de la interrelación entre ellos. Registro de los datos del familiograma través de un conjunto de símbolos, la mayoría de los cuales son internacionalmente aceptado.⁵⁵ (Apéndice D)

ECOMAPA

El ecomapa fue propuesto por Ann Harman (1978) "representa un panorama de la familia y su situación gráfica, conexiones importantes que nutren las relaciones, la carga conflictiva entre la familia y su mundo, muestra el flujo de los recursos, las pérdidas y deprivaciones" ⁵³

El ecomapa un conjunto de círculos conectados, que muestran los sistemas que interactúan con un individuo y/o familia; es la representación visual de la presencia o ausencia de redes de apoyo y de las relaciones con los demás sistemas familia extensa, grupos sociales, comunidad, religión, educación y amigos.⁵⁵

Evalúa e identifica áreas donde se puede realizar intervención basada en los recursos de la familia, y permitirá realizar un seguimiento de los cambios posteriormente, así como generar conciencia en la familia, acerca del alcance de sus relaciones con el resto de los sistemas y su naturaleza, se diseña a partir del familiograma, de la familia que se

encuentra dentro del círculo correspondiente a los integrantes de la familia que habitan en el mismo lugar. El familiograma constituye la parte central del Ecomapa. Los círculos o rectángulos de recursos sirven para colocar los recursos más importantes para la familia, según la opinión de los miembros, estos se colocan alrededor del familiograma. Símbolos de interacción.

El ecomapa permite al personal de enfermería en salud mental, lo siguiente:

- ❖ Identificar los recursos de apoyo social extrafamiliar ausentes y o presentes, que pueden ser de utilidad en situaciones de crisis en la familia, de una manera rápida y sencilla, por tratarse de un método de recolección de datos práctico y versátil.
- ❖ Detectar las carencias por las que está pasando la familia, con la finalidad de trabajar en su fortalecimiento.
- ❖ Favorecer la relación médico-paciente-familia, así como la comunicación
- ❖ Sospechar de problemas intra y extrafamiliares, que pueden ser corroborados con la aplicación de otros instrumentos
- ❖ Ser usado por cualquier miembro del equipo de salud, como apoyo para su trabajo en la resolución de necesidades y/o problemas del paciente y su familia.⁴¹
- ❖ Ubicar familias que se encuentren socialmente aisladas ya sea por migración reciente y otras razones
- ❖ Identificar y priorizar necesidades y/o problemas en el paciente y su familia ⁵⁹

(Anexo 5)

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS 21 ítem)

La escala de DASS21 es un test psicométrico desarrollada por Peter Lovibond y otros investigadores de la universidad de Austria.⁵⁶

Fue creada con el objetivo de evaluar la presencia de efectos negativos de depresión y ansiedad y lograr una discriminación entre estas condiciones, donde incluyeron síntomas

esenciales de cada condición y se excluyeron los que pueden estar presentes en ambos trastornos.⁵⁶

El DASS21 fue creada para desarrollar las exigencias psicométricas de una escala de auto reporté desde una concepción más categórica de los trastornos psicológicos, esto implica entre sujetos normales y con alteración clínica radica en la severidad depresión ansiedad y estrés. Instrumento de auto reporté breve fácil de administrar y responder y que ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas en estudios de validación en adultos de población general, en muestras clínicas, en adolescentes y estudiantes universitarios, el instrumento fue adaptado en idiomática y culturalmente en Chile demostrando un alfa de Cronbach 0,87 a 0.88 para depresión, entre 0,72 a 0,79 para la escala de ansiedad y el 0,82 a 0,83 para la escala de estrés, similar a la observada en los estudios los estudios de población adulta y adolescente en el extranjero.

En México se llevó a cabo un estudio sobre la consistencia interna y la estructura factorial de la Escala de abreviada DASS 21, Gurrola, Balcázar Bonilla y

(2006), con el propósito de la validez de dicha escala se aplicó en una muestra de 200 sujetos un rango de edad de 20 -60 años muestra no clínica del Valle de Toluca con resultados De DASS- 21 obtuvo una varianza general 46.6 % con un coeficiente de alfa de Cronbach de .86. con una fiabilidad. 81 para subescala de depresión .79 para estrés y .76 para ansiedad.⁵⁷

El test consta de 42 preguntas, 14 por ítem. Hay una versión el de DASS 21, que contiene 21 preguntas 7 por ítem. El primero ofrece resultados más fiables y está especialmente recomendado como instrumento de ayuda en el diagnóstico clínico. Dado que es más corto y se puede completar en mucho menos tiempo, el DASS 21, que es la versión que se ofrece en iqtests.org, se usa principalmente con fines de investigación.

Los test DASS y DASS-21 simplemente identifican dónde se encuentra el individuo en el espectro de depresión, ansiedad y estrés.

La función del DASS es evaluar la gravedad de los síntomas centrales de la depresión y ansiedad y estrés. en consecuencia, la DASS no solo permite medir la gravedad de síntomas del paciente sino medir por el cual la respuesta de un paciente al tratamiento también se puede medir.

Puntuación del DASS

La escala a la que pertenece cada artículo está indicada por las letras D (depresión) A ansiedad S (Estrés) para cada escala (D, A y S) Sume las puntuaciones de los ítems identificados debido a que el DASS 21 es un corto (el formulario largo tiene 42 ítems) la puntuación final de cada uno de los grupos de elementos (Depresión, Ansiedad y Estrés) debe multiplicarse por dos (x2). Resultado: de la Escala (DASS 21) de Estrés Depresión por Ansiedad.

Interpretación del DASS

Una vez multiplicado por 2 cada puntaje puede ahora ser trasferido a la hoja de perfil DASS permitiendo comparación que se harán entre las tres escalas y también dando rango percentil y severidad etiquetas ⁵⁶(Anexo 6).

Escala de Estrés Percibido

Es el instrumento más utilizado para la evaluación del estrés corresponde a la Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale) PSS de Cohen, Kamarck y Mermelstein (1983). Esta escala ha sido diseñada para medir el grado en el cual las personas evalúan las situaciones de la vida cotidiana que pueden ser consideradas como estresantes. Concretamente, los 14 ítems que conforman la escala evalúan el grado en que las personas perciben la vida como impredecible, incontrolable o sobrecargada (Anexo 7).

Se han considerado dos dimensiones (el control y la pérdida de control) aunque criterios más restrictivos obligaría a considerar la dimensionalidad de la escala. La escala PSS se relaciona más intensamente con una puntuación de impacto de eventos vitales basada en la evaluación que hace el sujeto del evento, que en medidas más objetivas del número de eventos estresantes que ocurren en un determinado momento del ciclo vital.

Se diferencia de las escalas que evalúan estos eventos estresantes en que mide un periodo más corto (un mes en comparación en lugar de seis o doce) además ha mostrado ser un predictor adecuado del estado de salud para periodos cortos de tiempo y permite determinar si el estrés evaluado es un factor etiológico o de riesgo para trastornos del comportamiento. También puede ser utilizada como variable dependiente, como una medida de los diferentes niveles de estrés que las personas experimentan como una función de los eventos estresantes objetivos, las estrategias de afrontamiento, los factores de personalidad, etc. ⁵⁸

CAPÍTULO IV Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería

4.1 Presentación del caso

Ficha de identificación

- Nombre: Se utilizó el seudónimo de “Clara” para proteger el anonimato de la adolescente
- Edad: 15 años
- Ficha de identificación: 20 de abril 2022
- Fecha de nacimiento 23 de noviembre del 2006
- Género: Femenino
- Estado Civil: Soltera
- Ocupación: Estudiante
- Escolaridad: Segundo semestre de bachillerato Conalep
- Religión: católica
- Domicilio: Alcaldía Xochimilco. Se omite la información para proteger el anonimato de la adolescente
- Signos Vitales y somatometría
- T.A: 90/60 mmHg
- FC: 76 lpm
- FR: 18 rpm
- Temperatura: 36 °C
- Peso: 52 kg
- Talla: 1.49 cm
- IMC: 23.42

Antecedentes patológicos personales

- Alergias: Negadas
- Enfermedades Infecciosas: Negadas
- Enfermedades Crónicas de generativas Negadas

El estudio de caso que se presenta fue localizado en la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco en la alcaldía de Xochimilco. En el transcurso de la aplicación del instrumento para la elaboración del diagnóstico de la comunidad en el barrido en el AGEB, 086 se detecta a la familia probable para el estudio de caso se identificó a la madre de 42 de edad, dos hermanos menores una de 12 años y un hermano menor de 10 años, se trata de una familia monoparental. “Clara” la adolescente que se eligió para el presente estudio, manifestó haber presentado cortaduras en brazos y piernas esto aumentó más con la muerte de su primo que hace siete meses se quitó la vida.

Actualmente “Clara” presenta autolesiones en antebrazos y equimosis en muslo de cara exterior, con un tiempo de hace una semana se observa irritable con insomnio, con taquicardia baja autoestima inseguridad por su cuerpo, culpa por la muerte de su primo, se muerde las uñas en regulares condiciones de higiene y aliño en cuanto hábitos de ingesta de alimentos son irregulares no tienen horario establecidos. La familia de Clara en general tiene malos hábitos de limpieza como de higiene personal y en su vivienda el patio se observa con heces de mascotas, tres perros

La comunicación establecida con la familia, con obstáculos entre el padre y Clara, no tiene comunicación efectiva existen discusiones no hay convivencia familiar, no se ha establecido los límites falta de respeto existen desacuerdos, deficiencia para fomentar la autonomía de Clara la relación es cada vez más distante y conflictiva, por la ausencia de la figura paterna. No hay relación cercana con la familia paterna; la cual fue generada años atrás siendo el motivo la infidelidad de la madre de Clara y las despojan del departamento de los abuelos, por lo que no tiene donde ir a vivir y es la abuela materna quien las recibe en su casa donde vivieron toda la infancia de Clara.

El padre de Clara continúa trabajando en los Estados Unidos se desempeñó como jardinero, por temporadas de 4 a 6 meses con un mes de descanso, regresando a la Ciudad de México, y a si transcurrieron 6 años, el padre de Clara durante este tiempo mando dinero a la Madre de Clara para que comprara un terreno, esto no fue posible por qué el dinero solo alcanzaba para los gastos de la vida diaria, durante pandemia la estancia del padre de Clara en la Ciudad de México fue por tiempos más prolongados

donde Clara descubre que sus padres efectivamente mantienen una relación sentimental con otra pareja por lo que es un factor para que la usuaria presentara autolesiones y episodios de estrés. Actualmente habitan en una casa de arrendamiento con dos habitaciones con un patio bastante amplio, la casa tiene los servicios mínimos.

Durante la pandemia por Covid-19, contratar el servicio de internet y comprar una laptop este gasto repercute en su economía, los tres hermanos requerían de tomar clases en línea por lo que era una situación fue complicada con un solo equipo de computación. Clara refiere “que hace siete meses su primo hermano se suicida, siendo muy lamentable su muerte, nosotros fuimos muy cercanos, el primo me conto como se quitaría la vida y me dijo que no contara nada, yo guarde él secreto yo me siento culpable por que yo lo sabía cando donde y como lo haría.”

motivo por el cual, la madre de Clara Contacta ayuda profesional de psicólogo en el servicio privado, acudiendo solo a una cita por pandemia y por dinero ya no siguió con la terapia. Al principio de la pandemia terminó la secundaria en línea yo sentía que me faltaba el aire, me sudaban las manos y que quería correr y después de un rato se me pasaba ahora que está disminuyendo la pandemia y tengo que salir no me gusta salir cuando viajo en la combi, meda miedo y pena un día me paso que me tuve que bajar del pesero, sentía que todos me miraban pero se enfocaban en mis piernas, me sientto gorda, acabo de romper con mi novio por qué él se fija en otras chicas más guapas y dicen que ellas son más bonitas que yo.

Antecedentes generales

Adolescente de 16 años de nacionalidad mexicana habitante de la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco ubicando en la alcaldía de Xochimilco, perteneciente a una familia biparental que se encuentra en la Ciudad de México, estado civil soltera estudiante en línea por pandemia en el 2022 inicia clases hibridas cada semana una en línea y otra presencial en el Plantel de Conalep.

Antecedentes de la enfermedad actual

Inicia a los 7 años con tristeza, la cual es llevada al psicólogo durante seis meses, no continua con tratamiento de psicología. A los 13 años se observa con conductas de aislamiento con sus pares, poco sociables callada se guarda todo referente a sus pensamientos y emociones, cuando explota se muestra con pobre control de impulsos, con autolesiones: cortes en antebrazos y moretones en las piernas, en agosto del 2021 el primo materno se quita la vida, esto le genera culpa por que él primo le informa como y cuando consumaría el acto suicida, inicia con tristeza aislamiento con cambios en el patrón de sueño la mayor parte del día, y las autolesiones son más frecuentes por lo que la madre la lleva a una cita con un psicólogo pero por falta de recurso económico no asiste a citas consecutivas y continuo con su vida cotidiana retomando actividades escolares una semana en plataforma y presencial, con bajo rendimiento académico.

Antecedentes heredofamiliares

Abuela materna con diabetes mellitus tipo 2 con sistemas de tristeza desde la muerte de su hijo nunca recibir atención psicológica, la abuela paterna con hipertensión arterial. desconoce otros datos de alguna enfermedad familiar.

Antecedentes personales no patológicos

Habitan en una casa de arrendamiento de dos cuartos muy pequeños con un patio bastante amplio, cuenta con los servicios mínimos indispensables, tiene mascotas tres perros, vive con su madre, una hermana de once años y un hermano de trece años y su padre cuando regresa de los Estados Unidos. Clara no participa en actividades extra escolares o en algún grupo de apoyo social, cultural o de deporte.

Antecedentes patológicos

La madre de la usuaria refiere que a los siete años el psicólogo le diagnóstica ansiedad y fue tratada con psicoterapia un tiempo, la adolescente Clara, refiere que inicia el consumo de café a los 13 años tres tazas al día, el consumo de alcohol a los 15 años solo ocasionalmente.

Resultados de escalas aplicadas:

APGAR Familiar: Se obtuvo resultado de 5 puntos, disfunción familiar moderada en el funcionamiento familiar.

Escala de Estrés Percibido: con una puntuación obtenida de 31 puntos lo que corresponde un mayor nivel de estrés.

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS21):

Se obtuvieron los siguientes resultados

Apéndice	Resultado	Significado
Estrés	32	Grave
Ansiedad	20	Extremadamente grave
Depresión	20	Moderado

4.1.2 Antecedentes familiares de la adolescente

Fecha de nacimiento 23 de noviembre del 2006

La niñez: se desarrolla en un ambiente de amor e interacciones con ambas familias de la pareja. Desarrollo normal interacción en preescolar y primaria con sus pares y vivía en casa de los abuelos en el segundo nivel. Clara se da cuenta de los problemas económicos de sus padres así como violencia física y verbal, así pasa el tiempo normalizando estas conductas de violencia des pues de unos años el padre consigue trabajar en un programa en jardinería en los Estados Unidos con 4 a 6 meses de trabajo y 1 meses de descanso, en los primeros años laborables, él padre regresaba en la fecha estimada, pero llegó una época donde los tiempos de regreso del padre fue más largos cuando Clara se da cuenta que la relación con la familia paterna, cada día se fractura

más con Clara y la madre por la desconfianza y la supuesta infidelidad, siendo el motivo por lo que las corrieron de la casa de la abuela .

Adolescencia : Clara con conductas de aislamiento de sus pares y de la familia paterna la madre refiere que la adolescente era muy callada y tímida y que se guarda todo lo emocional pero cuando se enojaba explota, por lo que a la edad de 13 años inicia con episodios de autolesión moretones en piernas y cortes en antebrazos cuando entro al a secundaria, no tenía amigos en segundo año tuvo un novio mayor 18 años que ella la madre acepto esta relación por 2 años hasta que entra a preparatoria y allí se hace novia de un joven con el cual inicia a experimentar las relaciones sexuales esporádicamente.

Actualmente Clara vive con sus padres y hermanos toman clase de manera hibrida una semana en casa y otra asiste a la escuela, la persona no se ha dado de alta para su seguro facultativo no cuentan con asistencia médica por lo que asisten a la farmacia de similares o al centro de salud de san Luis Tlaxialtemalco, presenta episodio de autolesiones en antebrazos y piernas los más recientes fueron hace una semana 15 o 17 de abril 2022 menciona la adolescente por lo cual se le brindara atención por los estudiantes de Enfermería de posgrado en Salud Mental.

4.2 Valoración

Valoración Ampliada enfocada en los patrones funcionales de Marjory Gordon

Patrón funcional	Valoración focalizada
Patrón Funcional 1 Percepción y Manejo de Salud	Cuenta con esquema de vacunación completo y dos dosis de vacuna biológico de Covid-19 Consumo de carbohidratos de dos a tres veces al día (chicharrones, sopa maruchan, etc.) así como bebidas azucaradas cuando inicia las clases híbridas inicia consumiendo alcohol con un grado de intoxicación moderada.
Patrón Funcional 2 Nutrición -Metabólico	Consumo de alimentos es 2 veces al día apetito irregular, la ingesta de alimentos nutricionales es deficiente su consumo mayor de harinas refinadas, y bebidas dulces, con ingesta diaria de 4 vasos de agua al día aproximadamente, frecuente, sedentarismo con IMC. de 21.6
Patrón Funcional 3 Eliminación	Presenta distención abdominal y flatulencia. a la exploración presenta dolor a la palpación en cuadrante inferior derecho menciona que solo evacua una vez al día y micciona de tres a cuatro veces al día

<p>Patrón Funcional 4</p> <p>Actividad Ejercicio</p>	<p>No realiza activación física toma clases en línea prácticamente dos años por la contingencia sanitaria por Covid - 19 no realiza ejercicio físico, no le gusta salir a caminar, no siente que tiene energía suficiente, no realiza quehaceres de la casa,</p>
<p>Patrón Funcional 5</p> <p>Sueño Descanso</p>	<p>Refiere no descansar, cuando se decide ir a dormir en horario muy tarde a las 12 de la noche o más tarde presenta insomnio inicial le cuesta trabajo conciliar el sueño esta alerta después de mucho tiempo logra dormir por lo que despierta tarde entre las 10 y 11 de la mañana. se observa con ojeras y bostezos</p>
<p>Patrón Funcional 6</p> <p>Cognitivo Perceptual</p>	<p>Se encuentra alerta desorienta en tiempo, bien orientada en persona espacio y memoria inmediata y remota sin alteraciones, pensamiento y lenguaje coherente sin ideas delirantes.</p>
<p>Patrón Funcional 7</p> <p>Autopercepción y Autoconcepto</p>	<p>Insatisfacción por su cuerpo, Se percibe gorda y fea, baja autoestima con sentimientos de minusvalía, tristeza</p>
<p>Patrón Funcional 8</p> <p>Rol Relación</p>	<p>No tiene buena relación afectiva con el padre tiene nula comunicación con la familia paterna no establece relación afectiva y de comunicación con sus iguales, no se muestra participativa en</p>

	su responsabilidad del día a día a nivel académico y de actividades domesticas
Patrón Funcional 9 Sexualidad y Reproducción	Ciclos menstruales irregulares con 6 y 8 días de duración Inicia actividad sexual a muy corta edad 15 años, método anticonceptivo preservativo
Patrón Funcional 10 Adaptación y Tolerancia al Estrés	Refiere que cuando se siente estresada se muestra irritable con las personas, presenta pobre control de impulsos (autolesiones), refiere culpa frente a la muerte (suicidio) de su primo, Resultados de las escalas aplicadas Escala de Estrés Percibido: con una puntuación obtenida de 31 puntos lo que corresponde un mayor nivel de estrés. Escala de Estrés de Depresión por Ansiedad (DASS21): 32 puntos estrés grave, ansiedad 20 puntos extremadamente grave depresión 20 puntos moderado.
Patrón funcional 11 Valores y Creencias	Refiere que es católica por qué sus papas le inculcaron esa religión, pero no creo en la religión, no la considera parte importante de su vida.

Jerarquización y priorización de problemas

De acuerdo con la valoración de los once patrones funcionales de Marjory Gordon se establece la siguiente jerarquización de problemas.

4.2.1 Valoración focalizada

Identificación de Problemas en Salud Mental

➤ Patrón 10. Adaptación-Tolerancia al Estrés

Nerviosismo (activación fisiológica) taquicardia opresión en el pecho, ansiedad culpa, baja autoestima, irritabilidad. falta de interés para realizar actividad física Afrontamiento ineficaz r/c autolesiones cortes en antebrazos y moretones en muslos de piernas en cara externa impulsividad, nula habilidad para el manejo de emociones, duelo no reciente, mala relación familiar y aislamiento por pandemia m/p Conducta destructiva hacia sí mismo.

➤ Patrón 7 Autopercepción Autoconcepto

Trastorno de la imagen corporal R/C Baja autoestima M/P Percepciones que reflejan una visión alterada de la apariencia corporal, rechazo a reconocer el cambio, descuido en su arreglo personal.

➤ Patrón 8. Rol-Relaciones:

Relación ineficaz con el padre R/C Habilidades inadecuadas de comunicación y ausentismo físico M/P Retraso en el comportamiento de los objetivos de desarrollo apropiados para la etapa del ciclo vital de la familia, no identifica al padre como una persona de apoyo

➤ Patrón 5. Sueño-Descanso

Insomnio inicial R/C Pensamientos sobre la muerte de su primo M/P Dificultad para conciliar el sueño cambios de humor, fatiga, falta de concentración.

4.2.3 Identificación de Problemas Interdependientes

➤ Patrón 1 Percepción - Manejo de la Salud

Afrontamiento individual ineficaz r/c autolesiones, estrés, ansiedad m/p conducta autolesiva

➤ Patrón 2 Nutrición -Metabólico

Riesgo de sobre peso r/c. aumento de la ingesta de alimentos altos en carbohidratos grasas y azucares.

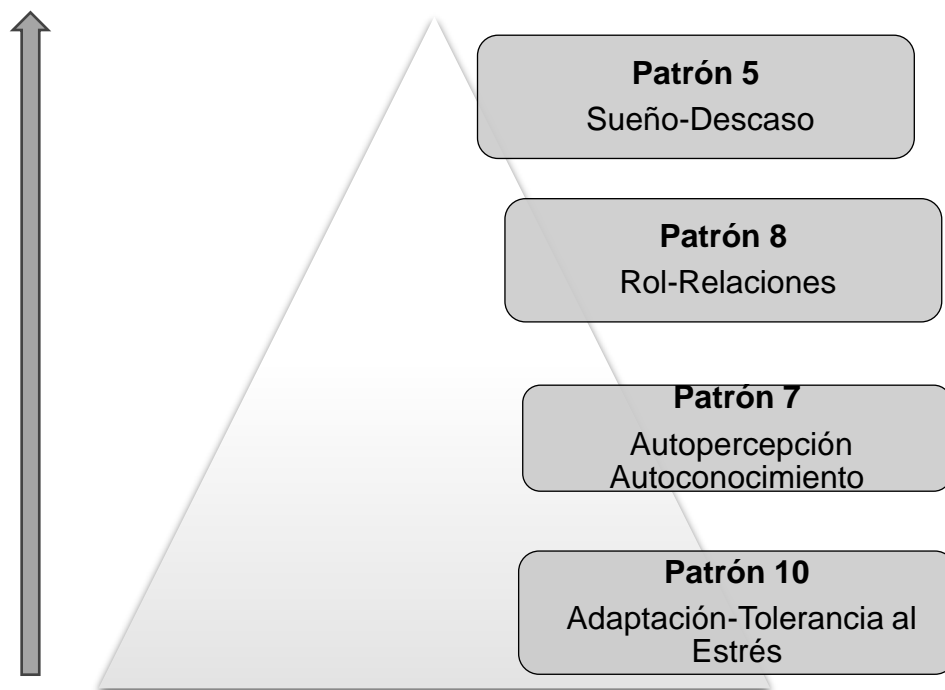
- Patrón 4. Actividad – Ejercicio

Estilo de vida sedentaria r/c. la falta interés para la activación física m/p cansancio, falta de dinero de los padres poco interés por actividades recreativas

- Patrón 11 Valores y Creencias

Desesperanza r/c afrontamiento ineficaz m/p cambios en las emociones.

4.2.4 Jerarquización de los Patrones Funcionales Alterados



Elaboración propia, Gómez ER. Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología [Internet]. Google Books. Editorial El Manual Moderno; 2015 [cited 2023 Aug 25]. Available from: <https://books.google.com.gt/books?id=zO4VCgAAQBAJ&>

4.2.5 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Diagnóstico de enfermería por valoración focalizada

Patrón funcional alterado	10 adaptación y Tolerancia al Estrés	
Diagnóstico	Nerviosismo (activación fisiológica) taquicardia opresión en el pecho, ansiedad culpa, baja autoestima, irritabilidad. falta de interés para realizar actividad física Afrontamiento ineficaz r/c autolesiones cortes en antebrazos y moretones en muslos de piernas en cara externa impulsividad, nula habilidad para el manejo de emociones, duelo no reciente, mala relación familiar y aislamiento por pandemia m/p Conducta destructiva hacia sí mismo.	
Objetivo de usuaria: No me quiero seguir cortando refiere Clara.		
Objetivo de Enfermería: Establecer estrategias para el manejo del afrontamiento ineficaz, proporcionar herramientas de control de impulsos de emociones, y de los niveles de estrés y ansiedad, evitar las autolesiones.		
Intervenciones	Acción de Enfermería	Fundamentación
Establecer empatía Respeto	Alianza terapéutica	Expresar empatía significa aceptar y respetar al paciente.
Apoyo Emocional	<p>Establecer una relación y una buena comunicación terapéutica basada en la confianza, respeto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se orienta y se educa sobre la técnica del semáforo las emociones • Se explica la técnica de la narrativa para identificar las emociones presentes por lo que se invita a que la implemente en la vida diaria • Se ensaña la técnica NEMO para que la utilice continuamente 	El apoyo emocional es un proceso de ayuda en las necesidades del paciente, para fomentar o apoyar el afrontamiento para la resolución de problemas y en las relaciones personales.
Educación para la salud	<p>Psicoeducación</p> <p>Brindar información</p> <p>Conciencia de enfermedad</p>	La psicoeducación surge a finales del siglo XX, como proceso en el que el profesional de salud brinda información sobre el origen sobre la evolución y el tratamiento de un padecimiento. La psicoeducación es una aproximación

	Conocer e identificar los síntomas y los riesgos de las conductas autolesivas.	terapéutica en la cual se proporciona a los familiares del paciente información específica acerca de la enfermedad, es un proceso en el cual un facilitador personal profesional del área de la salud detalla y resume información científica actual y relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y abordaje de un padecimiento desde su entorno, situación que implica también la consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema.
Proporcionar un ambiente que vincule al paciente en la comunidad		Enfermería retoma como una función de la profesión y esta herramienta permite brindar información sanitaria al individuo y grupos específicos, ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables.
Apoyo y en la toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y el punto de vista de los cuidadores padres sobre la condición de Clara • Ayudar a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales • Ayudar a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa • Establecer comunicación • Respetar el derecho de Clara a recibir o no información 	Ayudar a la toma de decisiones son intervenciones que apoyan a los pacientes a tomar decisiones explícitas, proporcionan información acerca de las opciones y los efectos beneficiosos o perjudiciales asociados, y ayudan a aclarar la congruencia entre las decisiones y los valores personales
Mejorar el afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Comprender la perspectiva sobre la situación estresante • Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado • Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones 	<p>Ayuda a llegar al bienestar, equilibrio, guiarán hacia la salud, el crecimiento, en resumen, se podría decir que conducirán a una mayor supervivencia.</p> <p>Mejorar el afrontamiento facilita el esfuerzo cognitivo y conductual para mejorar los factores estresantes del cambio, o amenazas percibidas que</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio • Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación • Disponer un ambiente de aceptación • Ayudar a Clara a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento • Ayudar a identificar la información que más le interese obtener 	interfieren en el momento de satisfacer las demandas de la vida diaria
Ayuda en la modificación de sí mismo	<ul style="list-style-type: none"> • Animar a Clara a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción con ellos • Valorar las razones para desear cambiar • Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica • Valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual en relación con el cambio deseado • Valorar el ambiente social y físico para determinar el grado de apoyo de las conductas deseadas 	La modificación de conductas es un eje fundamental dentro de la psicología para concretar la mejora del comportamiento del ser humano, de tal modo que sea capaz de desarrollar su potencial y generar oportunidades en su medio que optimizan su capacidad de adaptación al cambio
Ayuda para el control de enfado	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un acercamiento que sea sereno y de seguridad • Animar a Clara a que busque ayuda de parte del personal de enfermería u otras personas responsables durante los periodos en que aumente la tensión • Animar a utilizar colaboración para solucionar problemas • Ayudar a Clara a identificar la causa del enfado 	Expresarse de forma asertiva y no agresiva es la forma más saludable de controlar la ira. Ser asertivo significa que usted exprese sus preocupaciones y necesidades de forma clara y directa, sin herir a los demás o tratar de controlarlos.
Disminución de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un enfoque sereno que de seguridad • Tratar de comprender la perspectiva de Clara sobre una situación estresante • Permanecer con Clara para promover la seguridad y reducir el miedo • Animar a la familia a permanecer con Clara, si es el caso • Proporcionar objetos 	Ayuda también a poner claridad en aquellos aspectos de nuestra vida que pueden parecer confusos, y pueden a ayudar a clarificar contradicciones o conflictos internos que nos angustian y nos provocan ansiedad

	<p>que simbolicen seguridad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escuchar con atención • Crear un ambiente que facilite confianza • Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad 	
Manejo de la conducta: autolesión	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar el historial previo de conductas de automutilación • Retirar los elementos peligrosos del entorno de Clara • Identificar los indicios que anteceden el comportamiento de automutilación • Anticipar situaciones desencadenantes que puedan provocar autolesiones e intervenir para prevenirlas • Ayudar a identificar estrategias de afrontamiento más apropiadas y sus consecuencias • Pactar con el paciente para “que no se autolesione”, para que permanezca físicamente seguro • Proporcionar una vigilancia continua del paciente y del entorno • Explicar y reforzar las conductas efectivas para enfrentar la situación y expresar adecuadamente los sentimientos 	Las autolesiones constituyen una señal de alarma que no debemos desatender o ignorar, sino darles una dimensión ajustada y atenderlas de inmediato. Nos alertan de un malestar emocional significativo, problemas psicológicos, de relación o de adaptación, que requieren la valoración de un o una profesional
Técnica de relajación	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la calma de una forma deliberada • Mantener el contacto visual con el paciente • Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad • Permanecer con el paciente • Transmitir a Clara la garantía de seguridad personal • Sentarse y hablar con el Clara • Facilitar la expresión de ira por parte del paciente de una manera constructiva 	Las técnicas de relajación son una excelente manera de ayudar a controlar el estrés. La relajación no se trata solo de tranquilidad o de disfrutar de un pasatiempo. Es un proceso que disminuye los efectos del estrés en la mente y el cuerpo. Las técnicas de relajación pueden ayudarte a lidiar con el estrés cotidiano.

Evaluación	Clara controla los episodios de autoagresión como cortes y equimosis, durante el acompañamiento de abril a junio. Aprende a afrontar y a gestionar los problemas emocionales como el enfado y frustración, a identificar y monitoriza los factores desencadenantes de la ansiedad y el estrés. Por lo que modifica el estilo de vida, utilizando técnicas de relajación y control de impulsos.
------------	--

Patrón funcional alterado	7 autopercepción – Autoconcepto	
Diagnóstico	Trastorno de la imagen corporal R/C Baja autoestima M/P Percepciones que reflejan una visión alterada de la apariencia corporal, rechazo a reconocer el cambio, descuido en su arreglo personal.	
Objetivo	Diagnosticar el nivel de Trastorno de la imagen corporal	
Intervenciones	Acción de Enfermería	Fundamentación
Mejora de la imagen corporal	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar las expectativas corporales de Clara en función del estadio de desarrollo • Utilizar una guía previsor en la preparación de Clara para los cambios de la imagen corporal que sean previsibles • Determinar si el disgusto percibido por ciertas características físicas crea parálisis disfuncional social en adolescentes y otros grupos de alto riesgo 	Ayuda a sentirse seguro de uno mismo cuando se tiene un buen sentido de la autoestima. Y cuando él autoestima es fuerte, también lo es la imagen personal.
Potencialización de la autoestima	<ul style="list-style-type: none"> • Observar las afirmaciones del paciente sobre su auto valía • Determinar el locus de control del paciente • Determinar la confianza de Clara en sus propios juicios • Animar a identificar sus virtudes • Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas • Reafirmar las virtudes personales que identifiquen al paciente 	La 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
Evaluación	Clara reconoce y acepta la expectativa de su imagen corporal en función a la etapa del desarrollo en la que se encuentra, aprende que tan importante es la salud física y mental por lo que se mejora su bienestar personal y su autoestima.	

Patrón funcional alterado	8. Rol – Relación	
Diagnóstico	Relación ineficaz con el padre R/C Habilidades inadecuadas de comunicación y ausentismo físico M/P Retraso en el comportamiento de los objetivos de desarrollo apropiados para la etapa del ciclo vital de la familia, no identifica al padre como una persona de apoyo	
Objetivo	Identificar los factores que impulsan una relación ineficaz con el padre	
Intervenciones	Acción de Enfermería	Fundamentación
Apoyo para cuidarme	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptar las expresiones de emociones negativas • Admitir las dificultades del rol del cuidador (la madre) • Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidado • Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo • Apoyar al cuidador durante el proceso de duelo 	Procurar y mantener su bienestar emocional y físico, y aprenda a cuidarse a sí mismo para prevenir problemas y reconocer los síntomas que indican cansancio emocional o físico, y así buscar la ayuda necesaria.
Reconstrucción cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a Clara a hacer el cambio de pensamiento irracional por pensamiento racional sobre sí misma. 	La estructura cognitiva es un proceso mental, que permite la organización de la información, estimula a la persona para que identifique y modifique ideas o patrones distorsionados de Pensamiento.
Mediación de conflictos	<ul style="list-style-type: none"> • Permitir que las partes expresen sus preocupaciones • Emplear diversas técnicas de comunicación • Facilitar la definición de los problemas • Ayudar a las partes a identificar posibles soluciones de los problemas • Facilitar la búsqueda de resultados aceptables para ambas partes • Apoyar los esfuerzos de los participantes para favorecer la resolución 	Evita la dilatación de los procesos y el desgaste personal y material que conllevan. Es voluntaria y confidencial. Las partes son protagonistas y deciden. Propicia la comunicación y la convivencia pacífica.

Mejorar el afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a Clara a resolver los problemas de forma constructiva • Alentar a encontrar una descripción realista del cambio • Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador • Proporcionar un ambiente de aceptación 	Se llevarán al bienestar, equilibrio, guiarán hacia la salud, el crecimiento, en resumen, se podría decir que conducirán a una mayor supervivencia. Se reflexiona que la persona con un afrontamiento eficaz se cuida, afronta eficazmente su cuidado y, por tanto, su vida.
Modificación de la conducta	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a Clara a identificar sus puntos fuertes y reforzados • Evitar mostrar rechazo o quitar importancia a los esfuerzos por cambiar su conducta • Animar al paciente a que examine su propia conducta 	La modificación de conductas es un eje fundamental dentro de la psicología para concretar la mejora del comportamiento del ser humano, de tal modo que sea capaz de desarrollar su potencial y generar oportunidades en su medio que optimizan su capacidad de adaptación al cambio.
Apoyo familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar los patrones de comunicación de la familia • Identificar el modelo de resolución de problemas de la familia • Determinar las alianzas familiares • Identificar las áreas de insatisfacción o conflicto • Ayudar a los familiares a comunicarse con más eficacia • Facilitar el dialogo familiar Facilitar estrategias para reducir el estrés 	La terapia familiar tiene como objetivo transformar la participación emocional y todos aquellos factores emocionales que impiden el correcto funcionamiento del núcleo familiar en un recurso precioso para superar estas dificultades.
Evaluación	Se logra que Clara tenga una relación de confianza, respeto y de comunicación con sus padres, permitiéndose expresar sus sentimiento y preocupaciones. Por loque favorecerá la resolución de problemas de forma constructiva.	

Patrón funcional alterado	5. Sueño – Descanso	
Diagnóstico	Insomnio inicial R/C Pensamientos sobre la muerte de su primo M/P Dificultad para conciliar el sueño cambios de humor, fatiga, falta de concentración	
Objetivo	Establecer estrategias para un manejo y control óptimo del nivel de insomnio	
Intervenciones	Acción de Enfermería	Fundamentación
Control de estado de animo	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad • Determinar si Clara se supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás • Comprobar la capacidad de autocuidado (asco, higiene, ingesta de alimentos / líquidos, evacuación) • Vigilar el estado físico 	El control emocional ayuda a disminuir el desgaste psicológico y permite hacer frente a las dificultades que aparecen en el día a día. Permite controlar los sentimientos y las emociones de la persona. Genera y potencia la autoestima.
Manejo ambiental	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente seguro para Clara. • Proporcionar la música que elija • Facilitar el uso de efectos personales, • Proporcionar ambientadores, si es necesario 	El Plan de Manejo Ambiental presenta propuestas que mejoran el desarrollo social y la calidad de vida en general, mediante un adecuado manejo de recursos naturales y humanos a fin de generar fuentes de trabajo, ingreso sostenible y mejores condiciones de salud y vida en general.
Mejorar el afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a Clara a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo • Ayudar a resolver los problemas de forma constructiva • Alentar a encontrar una descripción realista del cambio de papel • Utilizar un enfoque sereno y tranquilizador • Proporcionar un ambiente de aceptación • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados • Animar a Clara a evaluar su propio comportamiento 	Las mejoras al afrontamiento llevarán al bienestar, equilibrio, guiarán hacia la salud, el crecimiento, en resumen, se podría decir que conducirán a una mayor supervivencia. Se reflexiona que la persona con un afrontamiento eficaz se cuida, afronta eficazmente su cuidado y, por tanto, su vida.
Mejorar el sueño	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el patrón de sueño/vigilia de Clara • Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño • Comprobar el patrón de sueño y observar las circunstancias físicas y/o psicológicas que interrumpen el sueño 	Mejorar el sueño ayuda a reducir el estrés y mejorar el estado de ánimo. Pensar con más claridad y desempeñarte mejor en los estudios y en el trabajo. Llevarse mejor con los demás.

	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el aumento de las horas de sueño, si fuera necesario 	
Técnicas de relajación	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la calma de una forma deliberada • Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad • Sentarse y hablar con Clara E Instruir sobre métodos que disminuya la ansiedad, técnicas de respiración diafragmática, relajación lenta, distracción, visualización, meditación, relajación muscular progresiva, escuchar música calmante, según corresponda 	Las técnicas de relajación son una excelente manera de ayudar a controlar el estrés. La relajación no se trata solo de tranquilidad o de disfrutar de un pasatiempo. Es un proceso que disminuye los efectos del estrés en la mente y el cuerpo. Las técnicas de relajación pueden ayudarte a lidiar con el estrés cotidiano.
Evaluación	Clara utiliza y emplea las estrategias aprendidas durante el acompañamiento para mejorando el control óptimo sobre el insomnio, reduciendo el estrés y mejorando el estado de ánimo, por lo que pensara con más claridad y mejora su desempeño en la vida cotidiana.	

Plan de cuidados

La aplicación metodológica y científica de conocimientos y habilidades y actitudes del personal de enfermería, con la finalidad de homologar, ordenar y mejorar la práctica de enfermería dirigida a la promoción la prevención y del fomento a la salud. Según Mayer el plan de cuidados consiste en un protocolo específico de cuidado apropiado para los pacientes que padecen problemas relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad. La sistematización del cuidado se refiere no solo a la estructura y a la clasificación de los cuidados sino también a la búsqueda de la calidad, la eficacia y la eficiencia de estos.^{59,60}

PLAN DE ALTA

Plan de alta es considerado como el más importante ya que el alta médica tiene una relevancia social significativa, por lo que el plan de alta de enfermería, se considera fundamental para continuar con el cuidado de la salud mental de Clara en conjunto con la familia y en el entorno.⁶¹ Realizo intervenciones de enfermera especialista en salud mental, aplicando psicoeducativos, utilizando el eslogan piensa cree y no me atrevo a lastimarme, identifica y gestiona las emociones ante situaciones de la vida diaria, así como ante la emergencia sanitaria por COVID -19.

Ante las necesidades de Clara, se proporciona información sobre la gestión de las emociones, control de sentimientos para disminuir la presión social y familiar se le hace saber que ante pensamientos y actos de auto lesión los cuales son de suma importancia deberá asistir a Instituciones de salud mental como: al Hospital Infantil Juan N Navarro de la Secretaria de Salud se proporciona directorio de dirección y números telefónicos y otras instituciones de atención psiquiátrica como el Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno, que cuenta con el servicio de paidopsiquiatria en cuanto se observe que presentan señales de alarma como autolesiones, aislamiento, baja autoestima , Insomnio ansiedad , estado de tristeza, falta de pérdida o de comunicación bajo rendimiento escolar se utiliza también sus redes de apoyo amigo, padres escuela.

El registro de sus emociones en un diario, para que pueda expresar sus emociones y poder controlar y gestionar con técnica de relajación diafragmática a si mejorara el estado de confusión emocional o aliviar una situación que implique estrés infligiendo un daño físico. Recordando que no está sola, que el hablar con sus padres y sus redes de apoyo los antes mencionados.

Se proporciona retroalimentación sobre salud mental

Reforzar la gestión de las emociones básicas, aprender a expresar las emociones las cuales nos permitirán la toma de decisiones difíciles y lograr etapas de cambio permite expresar tus sentimientos a tus iguales y a la familia el afecto.

cuando tengas pensamientos o ideas de auto lesión recuerda que no estás solo habla con tus padres hay solución para todo, practica la comunicación asertiva y la escucha activa, como la inteligencia emocional.

Aceptar que un ser querido que ha muerto no va a volver, es uno de los procesos más complejos del duelo. Una herramienta muy utilizada en los procesos terapéuticos de duelo son las cartas de despedida, ya que pueden resultar de mucha ayuda al doliente que se encuentra atravesando el duelo, el proceso de aceptación es un proceso arduo y doloroso, pero cuando es asimilado y corporalmente sentido, el duelo comienza a tomar otros matices y la intensidad del dolor tiende a disminuir.

Continuar con la práctica de la técnica de respiración diafragmática cuando se nos presente situaciones de ansiedad o de estrés, recordando que ante estas situaciones la respiración aumenta la respiración y su frecuencia e intensidad recordando que los beneficios conseguir una sensación de bienestar, mejora la autoestima reduce la tensión muscular, nos ayuda a conciliar el sueño, mayor control sobre lo que ocurre en el cuerpo reducir la presión a arterial, nos ayuda a mantener pensamientos positivos.

Tener en cuenta que la practicar diariamente de la técnica de respiración diafragmática es como mínimo dos veces al día por 10 minutos de preferencia por la mañana y antes de dormirse o ante situaciones de estrés o ansiedad, cuando se domine la técnica se realiza en posición de cubito dorsal de pie o caminando inclusive con los ojos cerrados.

Fortalecer tu salud mental te ayudara a afrontar las situaciones de la vida cotidiana.

Para favorecer la higiene de sueño es necesario que duermas ocho horas o las necesarias, y descansar a lo largo del día para tener energía, estarás atenta y serás más productiva y tomaras mejores decisiones.

Depende de ti, identifica tus capacidades y cualidades como tus limites, ten un juicio equilibrado para ser feliz la felicidad no depende de cuanto tenga sino de cómo lo vivas las emociones o el día a día. El manejo adecuado del estrés te ayuda a pesar con claridad y funcionar eficazmente a disfrutar lo que hagas Planifica tu día con antelación, y calcula el tiempo que necesitas para hacer las cosas más importantes sin prisas Deja tiempo para expandirte y aprender una nueva habilidad o mejorar algo que ya sabes. Alcanzar una meta te ayudará a dejar las preocupaciones atrás.

La educación sexual es un proceso que dura toda la vida elegir y tomar buenas decisiones en el ámbito de la sexualidad a lo largo de la vida psicológicas y sociales. Por que concierne a las dimensiones biológicas psicológicas y socio culturales.

El conocimiento sobre las emociones y cómo actuar genera un aprendizaje ante el estrés o frustración por lo que es importante generar el dialogo y empatía, trabajo en equipo contribuye a la resolución de problemas con tus iguales.

Fortalece tus redes de apoyo conecta con los tuyos habla con tus seres queridos y sal con tus amigos, te ayudarán a despejarte y ver las cosas de otra manera más positiva

Consume dieta saludable de acuerdo al plato del buen comer y consumir agua de dos a tres litros en 24 horas de referencia no olvidar la jara del buen beber recordar los horarios establecidos para el consumo de alimentos, ejercítate como mínimo 30 minutos al día esto te ayuda a eliminar las toxinas y liberar dopamina que funciona como la hormona del placer y bienestar.

Se brinda y se explica el plan de alta, se refuerzan estrategias y se responde dudas de la adolescente se proporciona directorio a la madre sobre instituciones de servicios de salud mental, busca ayuda si sientes que no puedes llamar los centros de contacto con familiares o con sus redes de apoyo.

DATOS DE ALARMA

- 1.- Si presenta señales de autolesiones que ponga en riesgo la vida de Clara debe ser llevada al servicio de urgencias, que cuente con servicios de psiquiatría.
- 2.- Se proporciona a la responsable legal (madre) de Clara el directorio de instituciones públicas de atención psiquiátrica en la ciudad de México, resaltando con marca textos las instituciones más cercanas a su domicilio, ubicadas en la Alcaldía Xochimilco.
- 3.- Que lleve ropa que no sea adecuada para la temporada o temperatura.
- 4.- El pasar mucho tiempo solo en el baño o en su habitación.
- 5.- Encontrar artículos cortantes o restos de sangre.

Capítulo V

Conclusiones

La salud mental en la actualidad sigue siendo estigmatizada, dando connotaciones devaluadoras, discriminativa, siendo un proceso complejo afectando ciertas áreas como la emocional, conductual y hasta cognitiva, durante la contingencia sanitaria por covid-19 se ha incrementado las alteraciones en salud mental, por lo que la OMS estima que es un problema de salud pública. La comunidad en general desconoce de los temas de salud mental como la familia de estudio, que ven como algo malo y reprochable, experimentando vergüenza al asistir a primer nivel de atención para recibir ayuda sobre las afecciones que le aquejan.

El estudio de caso en adolescente de la comunidad de San Luis Tlaxiátemalco. del AGEB 0866, con autolesiones desde el modelo de Marjory Gordon, se aplicó los instrumentos de valoración identificando alteración en el décimo patrón funcional, adaptación y tolerancia al estrés relacionado a las autolesiones, equimosis en antebrazos y piernas. El

patrón alterado fue el cinco sueño descanso, El patrón siete autopercepciones – concepto, así como el patrón ocho rol - relación.

Durante el estudio se realiza valoración por escalas como la de Estrés Percibido con una puntuación obtenida de 31 puntos lo que corresponde un mayor nivel de estrés, y en la escala de DASS 21 con un resultado obtenido de 32 puntos para el apéndice de estrés con una interpretación significativa grave, en el apéndice de ansiedad con una calificación importante 20 con una interpretación extremadamente grave. El apéndice de depresión con el siguiente resultado 20 con un significado moderado. Se utilizó instrumentos para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, APGAR familiar identificando a la familia en riesgo obtuvo un resultado de 6 puntos lo que nos indica que la función familiar es baja satisfacción: disfunción moderada.

El instrumento que se aplicó para evaluar al a Clara y a la familia de estudio fue el ecomapa, se puede observar que las relaciones sociales son significativas y débiles as como estresantes, por lo que se hace referencia a la falta de interacción social con el padre y la familia paterna, la situación se volvió más estresante con la emergencia sanitaria por pandemia de Covid -19, Clara tiene un estrecho vínculo con su madre sin embargo, se vuelve estresante en momentos cuando la madre no acepta lo que la hija le propone, con la abuela materna tiene lazos muy fuerte, la interacción con grupos sociales es débil como en el caso de amigos en la escuela tal vez sea por pandemia por lo que no se han consolidado las relaciones afectuosas, con respecto a su salud es muy débil regularmente no asiste atención médica o psicológica.

Se diseñó el plan de intervenciones especializadas, como intervención en crisis, escucha activa, psicoeducación bajo un ambiente personal de confianza y tranquilo, evitando emitir opiniones subjetivas se mantuvo una escucha activa y empática, siendo una guía para decisiones de cambio, es de gran importancia el proceso vital.

La comunicación asertiva con la familia nuclear y con Clara es clave para mantener una relación positiva y pueda influir en las diferentes etapas del desarrollo de la adolescente por lo que a través de la escucha activa, se explica que es fundamental la comprensión, el respeto y tolerancia, siendo empático con cada integrante de la familia evitar juzgar y tratar de comprender sin prejuicios de la perspectiva de la persona, por lo que la adolescente se sienta comprendida y segura. Estar presente en la conversación sin distractores, practicar la tolerancia y la autocompasión, se informa a clara de sus redes de apoyo de la familia con los que cuenta.

En el trascurso de las intervenciones breves llegué a la siguiente conclusión, por lo considero que las intervenciones con Clara y la familia de estudio, tuvo el siguiente hallazgo que durante el acompañamiento de abril a junio de 2022 Clara no se autolesiono, no presento ideas o rumiación de autolesiones, se evaluó a través de una segunda aplicación del instrumentos, Como la escala de Estrés Percibido con una resultado obtenido de 25 puntos lo que corresponde un nivel de estrés moderado, y en la escala de DASS21 con el resultado de 25 puntos para el apéndice de estrés con una interpretación significativa estrés moderado, en el apéndice de ansiedad con una calificación de 14 puntos con interpretación ansiedad moderada. El apéndice de depresión con el siguiente resultado de 14 con un significado depresión moderada.

Por lo que concluyo que la participación de enfermería especialista en salud mental es prioritaria en un mundo globalizado, donde los adolescentes son un sector de la población vulnerable, por lo que es de suma importancia la presencia de enfermería especialista en la comunidad, para brindar un cuidado integral y asistencial, proponer y desarrollo programas prioritarios de prevención sobre la salud mental, el acompañamiento durante el desarrollo del adolescente, es fundamental empoderar a la población a través de la psicoeducación, para logrando un bienestar en su salud mental del adolescente. Las intervenciones breves a Clara y a la familia de estudio en su domicilio, promovieron el desarrollo de habilidades para gestionar sus emociones y resiliencia, para mejorar la salud mental y la capacidad para afronta tensiones o situaciones de estrés y de ansiedad.

Los conocimientos aprendidos durante en la especialidad son de suma importancia desde un enfoque de protección y promoción a la salud integral de las personas, se aplica las intervenciones especializadas ante situaciones emergentes. Las intervenciones de enfermería fueron muy oportuna y convenientes, se logra la participación activa por parte de Clara, de la madre y de la familia materna se obtuvo un progreso notable en la adquisición de nuevas destrezas para gestión sus emociones, permitiéndole tomar las decisiones en situaciones difíciles. Durante este período que se llevó a cabo, las intervenciones de enfermería especialista en salud mental en su domicilio se alcanzó los objetivos plateados del estudio de caso, por lo que es fundamental la presencia de la enfermera especialista en salud mental, en la comunidad, para contribuir en la promoción y prevención a través de la psicoeducación para empoderar al a población.

Recomendaciones a la familia del Estudio de Caso

- Fomentar y compartir estilos de vida saludable como actividades físicas o de destreza o de interés para la adolescente y cada integrante de la familia.
- Evitar que el adolescente se encuentre inmerso en situaciones de práctica de riesgo como autolesiones que le generen alteraciones en su entorno familiar.

Continuar con técnica de relajación: que consiste en respiración diafragmática o profunda 3 veces al día por 10 minutos o cuando se encuentre en situaciones estresantes practicar con el objetivo de mejorar la oxigenación sanguínea, disminuir los niveles de ansiedad y estrés ya que se consigue una sensación de bienestar mayor control sobre lo que ocurre en nuestro cuerpo, mente el circulo vicioso de pensamientos negativos.

- Proseguir con la activación física de 30 a 40 minutos diarios esto para generar una rutina saludable despejarse un rato de preocupación externa el ejercicio mejorara la toma de decisiones y provocara cambio en su mentalidad.
- Persistir con la participación de limpieza en su vivienda y con la responsabilidad del cuidado de sus mascotas 3 perros.
- Permanecer con hábitos adquiridos del consumo de alimentos saludables y horarios establecidos, consumo de comida donde incluya los vegetales en alto consumo de fibra, fruta, carnes como pollo pescado y la ingesta en poca cantidad de carnes rojas y cereales, beber agua evitar el consumo de bebidas azucaradas.
- Evitar el uso de dispositivo móvil dos horas o media hora antes de ir a dormir no consumir alimentos que la estimulen, esto afecta su ciclo de sueño estimulando al cerebro y producirá una sustancia llamada melatonina, por lo que no podrá conciliar el sueño (higiene de sueño)
- Tomar conciencia sobre el propio pensamiento y lograr la flexibilidad psicológica. Conceptualizar el lenguaje y su relación con los pensamientos y emociones y sensaciones esto mejorara la comunicación asertiva de los integrantes de la familia y sus iguales, contara con una guía propositiva sobre algún plan en la vida.
- Continuar con el ejercicio de abrazarte de tantas formas como puedas recordando que esto libera sustancias (oxitocina) en tu cuerpo como la hormona (serotonina) de la felicidad que mejora el estado de ánimo y mejora el sistema inmunológico

Recomendaciones en la Comunidad

- Ampliar el presupuesto destinado a la atención en salud mental se incremente para la prevención y promoción en la comunidad y la capacitación del personal de enfermería en salud mental.

- La atención primaria en la comunidad es parte prioritaria porque está muy ligada a la familia al barrio o alcaldía por lo que no la podemos minimizar, para poder brindando atención individualizado, basado en sus estilos de vida.
- La comunidad y sus demandas están muy llena de prejuicios con respecto al a salud mental, por lo que de vemos de educar y orientar con acciones y programas de salud mental para garantiza una vida sana no solo en la adolescencia sino en todas las edades y en cuidados comunitario y en el autocuidado de la población a estudiar.
- Que se cuente en las alcaldías o en los municipios con personal de enfermería especializado en salud mental para brindar atención integral. Ya que los adolescentes siguen siendo un reto en la población. Por lo que tenemos que empoderar a este grupo vulnerable.
- Fortalecer a los padres lo que ayudaría a favorecer la comunicación con los adolescentes, para fomentando la confianza y que pueda lograr una buena autoestima incentivando en el cariño del adolescente asía sus padres para que pueda ser recíproco e incondicional.
- Que los padres aprendan la importancia de la salud mental para mejorar el bienestar de sus hijos en la adolescencia para hablar sobre los temas o situaciones que le aquejen al a adolescente en ese momento teniendo una interacción positiva.

Recomendaciones en la Agenda de las Políticas Públicas

- Que la salud mental este contemplada en los programas prioritarios de salud en un mundo globalizado como en países de primer mundo.
- Se recomienda que en la atención en salud mental no exista brecha entre las personas que necesitan tratamiento y el número de personas que lo reciben.

- Capacitar a los profesionales de salud e informar a población sobre los problemas de salud mental que actualmente están incrementando, por lo que se consideran un problema de salud pública como lo son las autolesiones en la adolescente.
- Que la salud mental cuente con un recurso suficiente para dar una atención oportuna e integral en la atención psiquiátrica, en la población que lo requiere. desde un enfoque preventivo.
- Que a nivel Institucional privada o pública, los costos sean bajos se pueda brindar apoyo emocional y psicológico a los adolescentes que presentan signos de alarma en salud mental.
- Fomentar y emplear los derechos humanos de las personas, y la no discriminación a través de programas, aplicados el primer nivel de atención.
- Prevenir a los adolescentes se encuentre inmerso en situaciones de uso y abuso de sustancias psicoactiva, que le generen alteración en su entorno social.

Referencias Bibliográficas

1. Día Mundial de la Salud 2023 - Salud para Todos [Internet]. Paho.org. [citado el 09 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-salud-2023-salud-para-todos>
2. Palacios X. Adolescencia: ¿una etapa problemática del desarrollo humano Rev. Cienc. Salud [internet]-2019[citado 09 de octubre de 2022];17 (1): 5-8 Disponible: <https://cutt.ly/i3lKM8E>
3. Adolescencia:
4. Nock MK, Prinstein MJ. Un enfoque funcional para la evaluación del comportamiento automutilador. JConsult Clin Psychol [Internet]. 2004;72(5):885–90. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2004-19094-016.pdf>
5. Triveño G, Surraco M, Amor ME, Regojo D, Santamaría L, Acosta Córdoba S. Autolesiones en la consulta de urgencia de adolescentes en el hospital público en Argentina [Internet]. www.aacademica.org. Facultad

de Psicología - Universidad de Buenos Aires; 2020. Available from: <https://www.aacademica.org/000-007/580>

6. DÍA MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO [Internet]. Org.mx. [citado el 4 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_Suicidio23.pdf
7. _ESPAÑA, P. D. U. (2020). Salud mental e infancia en el escenario de la COVID-19. *Unicef España* [Internet]. Bing. [citado el 11 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.bing.com/search?q=+7>
8. Galarza, A. L., Castañeiras, C. E., & Fernández Liporace, M. (2018). Predicción de comportamientos suicidas y autolesiones no suicidas en adolescentes argentinos. *Interdisciplinaria*, 35(2), 307-326
9. Delgadillo-González Y, Chávez-Flores CI, Martínez OL. Nonsuicidal selfinjury in a community sample of older children and adolescents of Mexico City. *Actas Esp Psiquiatría*. 2014;42(4):159–68
10. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of selfmutilative behavior. *J Consult Clin Psychol*. octubre de 2014;72(5):885-90
11. Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención MhGAP para trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en entornos de salud no especializados - versión 2.0: Programa de acción para la brecha en salud mental (mhGAP). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2017; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>
12. Fornes J, Carballal MC. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención. ed. Madrid: Panamericana; 2001, Pp.47-112
13. Washburn JJ, Richardt SL, Styer DM, Gebhardt M, Juzwin KR, Yourek A, et al. Psychotherapeutic approaches to non-suicidal self-injury in adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 30 de marzo de 2012;6(1):1
14. Villarroel G J, Jerez C S, Montenegro M MA, Montes A C, Igor M M, Silva I H. Conductas autolesivas no suicidas en la práctica clínica: Primera parte: conceptualización y diagnóstico. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* [Internet].

2013 Mar 1;51(1):38–45. Available from:
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272013000100006

15. del Rosario Flores-Soto M, Cancino-Marentes ME, Figueroa Varela M del R. Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet]. 2018 Dec. 1;44:200–16. Available from:
<https://www.scielosp.org/article/rcsp/2018.v44n4/200-216/es>
16. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia. ¿Qué es la adolescencia? [Internet]. gob.mx. [citado el 8 de enero de 2024]. Disponible en:
<https://www.gob.mx/salud/censia/es/articulos/que-es-la-adolescencia-131305?idiom=es>
17. Gaete V. [Adolescent psychosocial development]. *Rev Chil Pediatr*[internet]. 6 de Septiembre de 2015;86. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/281588800_Adolescent_psychosocial_development
18. Bernal J.A, Cabrera M.J. Prevalencia y factores de riesgo que determinan la conducta autolesiva en adolescentes del Colegio Nacional Experimental Benigno Malo de la ciudad de Cuenca, 2017 [Internet] [B.S. thesis]. 2018. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/29381/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION%20C3%93N.pdf>
19. Buceta Martín R. Propuesta de unidad didáctica sobre las emociones en Educación Infantil. idususes [Internet]. 2019 [cited 2023 Jun 30]; Available from:
<https://idus.us.es/handle/11441/91159>
20. Buñuel, P. S. L. (2019). Las emociones: necesidad de su programación para una actividad física más saludable. *E-motion: Revista de Educación, Motricidad e Investigación*, (13), 59-81.
21. Benavidez V V, Flores P R. La importancia de las emociones para la neurodidáctica. *Rev Wimb Lu* [Internet]. 2019 [citado el 29 de enero de 2024];14(1):25–53. Disponible en:
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/wimblu/article/view/35935>
22. Rodríguez, L. M., Oñate, M. E., & Mesurado, B. (2017). Revisión del

Cuestionario de Emociones Positivas para adolescentes. Propiedades psicométricas de la nueva versión abreviada. *Universitas Psychologica*, 16(3), 210-222.

23. Pérez GC. DESESTIGMATIZANDO LA FUNCION DEL ESTRÉS. *Psicología Iztacala* [Internet]. 2018 [citado el 29 de enero de 2024];21(2). Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/65292>
24. Romero, E. E. R., Young, J., & Salado-Castillo, R. (2019). Fisiología del estrés y su integración al sistema nervioso y endocrino. *Revista medico científica*, 32, 61-70.
25. Durón Figueroa, R., Cárdenas López, G., & De la Rosa Gómez, A. (2018). Estructura Factorial de la Escala de Trastorno por Estrés Agudo en población mexicana. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 10(2), 29-38
26. Ceberio, M., Jones, G. M., & Benedicto, M. G. (2021). La ansiedad en la población argentina en el contexto de pandemia por el COVID-19. *Revista de Psicología*.2021 Feb-14;081
27. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) 2 [Internet]. Edu.co. [citado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
28. Basantes Moscoso DR, Villavicencio Narvárez L del C, Alvear Ortiz LF. Ansiedad y depresión en adolescentes. *Bol Redile* [Internet]. 2021 [citado el 29 de enero de 2024];10(2):182–9. Disponible en: <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/1205>
29. Delgado EC, De la Cera DX, Lara MF, Arias RM. GENERALIDADES SOBRE EL TRASTORNO DE ANSIEDAD [Internet]. Binasss.sa.cr. [citado

el 29 de enero de 2024]. Disponible en:
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>

30. Vázquez G. Prevalencia y factores asociados a la autolesión en el adolescente del colegio Juan Bautista Vásquez de Azogues. Enero - octubre 2019 tesis de pregrado. Cuenca Universidad Católica Eugenia M, Mora Quintana C, Regla L, Cabrera DQ. Editor (a) [Internet]. Edu.cu. [citado el 29 de enero de 2024]. Disponible en:
<https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/download/2919/2819/>
31. Sánchez, T. S. (2018). Autolesiones en la adolescencia: significados, perspectivas y prospección para su abordaje terapéutico. *Revista de psicoterapia*, 29(110), 185-209
32. Mella-Morambuena, J., López-Angulo, Y., Sáez-Delgado, Y., & Del Valle, M. (2020). Estrategias de afrontamiento en apoderados durante el confinamiento por la COVID-19. *CienciAmérica*, 9(2), 322-333.
33. Martínez-Montilla, J. M., Amador-Marín, B., & Guerra-Martín, M. D. (2017). Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar: Una revisión de la literatura. *Enfermería global*, 16(3), 576-604.
34. Asensio-Martínez A, Magallón-Botaya R, García-Campayo J. Resiliencia: impacto positivo en la salud física y mental. *Int J Dev Educ Psychol Rev INFAD Psicol* [Internet]. 2018 [citado el 29 de enero de 2024];2(2):231. Disponible en:
<https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1096>
35. Galindo Gálvez, A. (2018). Inteligencia emocional familiar y resiliencia un estudio en adolescentes , de la Región de Murcia F y. RUE en A. UNIVERSIDAD DE MURCIA [Internet]. Digitum.um.es. [citado el 29 de enero de 2024]. Disponible en:
<https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/55752/1/Ana%20Dolores%20Galindo%20G%c3%a1lvez%20Tesis%20Doctoral.pdf>
36. Gallegos-Santos M, Casapia Guzmán Y, Rivera Calcina R. Estilos de personalidad y autolesiones en adolescentes de la ciudad de Arequipa.

Interacciones Rev Av. Psicol [Internet]. 2018;4(2):143–51. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=560558981007>

37. Tánori, K. G. D., Noriega, J. Á. V., & Borrego, D. F. (2021). Factores contextuales relacionados a las conductas de autolesión no suicidas: una revisión sistemática. *Psicología y Salud*, 31(1), 51-59.
38. Chávez-Flores, Y. V., Hidalgo-Rasmussen, C. A., & Yanez-Peñúñuri, L. Y. (2019). Instrumentos de evaluación de la autolesión no suicida en adolescentes 1990-2016: una revisión sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 2871-2882
39. Agüero, G., Medina, V., Obradovich, G., & Berner, E. (2018). Comportamientos autolesivos en adolescentes: Estudio cualitativo sobre características, significados y contextos. *Archivos argentinos de pediatría*, 116(6), 394-401
40. Solis-Espinoza, M., Mancilla-Díaz, J. M., & Vázquez-Arévalo, R. (2022). Suicidio: autolesión e insatisfacción corporal en adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 22(1), 1-15.
41. Fernández Poncela AM. Adolescencia, crecimiento emocional, proceso familiar y expresiones humorísticas. *Educación* [Internet]. 2014;50(2):445–66. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=342132463011>
42. Pina Gutiérrez, M. L. O, Ulloa Rodríguez, M. F. Ruíz, Moreno, L. M. (2019). Autolesiones no suicidas en adolescentes: prevención y detección en la atención primaria. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 45(8), 546-551
43. Cordero Zambrano T. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE LA PERSONALIDAD ASOCIADO AL CUTTING Y BAJA AUTOESTIMA EN ADOLESCENTES. *Psico Unemi* [Internet]. 2019 [citado el 29 de enero de 2024];3(5):18–25. Disponible en: <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/faso-unemi/article/view/981>
44. Cuenca Robles, N. E., Robladillo Bravo, L. M., Meneses La Riva, M. E., & Suyo Vega, J. A. (2020). Salud mental en adolescentes universitarios latinoamericanos: Revisión sistemática. *Archivos venezolanos de farmacología y terapéutica*, 39(6), 689-705

45. [Malvárez S. El reto de cuidar en un mundo globalizado. Texto Contexto Enferm \[Internet\]. 2007;16\(3\):520–30. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71416319](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71416319)
46. En R. CÓDIGO DE ÉTICA DEL CIE PARA LAS ENFERMERAS [Internet]. Icn.ch. [citado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_SP_WEB.pdf
47. [Psicológica É. ¿Qué son los principios éticos? \[Internet\]. Eticapsicologica.org. Ética Psicológica; 2018 \[citado el 29 de enero de 2024\]. Disponible en: https://eticapsicologica.org/index.php/documentos/articulos/item/16-que-son-los-principios-eticos](https://eticapsicologica.org/index.php/documentos/articulos/item/16-que-son-los-principios-eticos)
48. Gómez ER. Fundamentos de enfermería: Ciencia, metodología y tecnología [Internet]. Google Books. Editorial El Manual Moderno; 2015 [cited 2022 Feb 27]. Available from: <https://bit.ly/3vodigc>
49. Silvino Arroyo Lucas RVCMMB y MPNO. Patrones funcionales: una experiencia en el camino de la construcción del conocimiento. revista mexicana de enfermería. 2018;(6). Available From: <https://bit.ly/357Ugfv>
50. Delgado EC, De la Cera DX, Lara MF, Arias RM. GENERALIDADES SOBRE EL TRASTORNO DE ANSIEDAD [Internet]. Binasss.sa.cr. [citado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
51. De Diputados C, Congreso De DH, Unión LA, Vigente T. LEY FEDERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES EN POSESIÓN DE LOS PARTICULARES [Internet]. Gob.mx. [citado el 29 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf>
52. Parra Sepúlveda D, Ravetllat Ballesté I. El consentimiento informado de las personas menores de edad en el ámbito de la salud. Ius Prax [Internet]. 2019 [citado el 29 de enero de 2024];25(3):215–48. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-00122019000300215&script=sci_abstract

53. Melo Guarín ARR, Pedraza Orjuela AF. El genograma y el ecomapa como instrumentos de valoración en medicina familiar: A propósito de una experiencia comunitaria. SyS Uptc [Internet]. 19 de noviembre de 2020 [citado 26 de abril de 2023];5(2): pendiente de editar. Disponible en: https://revistas.uptc.edu.co/index.php/salud_sociedad/article/view/1203
54. Suarez Cuba MA, Alcalá Espinoza M. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. Rev médica - Col Méd Paz [Internet]. 2014 [citado el 29 de enero de 2024];20(1):53–7. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010
55. Barbosa, A. V. B., & Solano, E. L. G. (2021). Genograma y ecomapa: herramientas de abordaje para el médico familiar. *Desarrollo, economía y sociedad*, 10(1), 44-60
56. Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos1 | Acta de Investigación Psicológica - Psychological Research Records (elsevier.es)
57. Román, F., Santibáñez, P., & Vinet, E. V. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como instrumento de tamizaje en jóvenes con problemas clínicos. *Acta de investigación psicológica*, 6(1), 2325-2336.
58. Sánchez-Castro J, Ramírez-Martínez A, Tonguino-Tonguino A, Vargas-López L. Conocimiento del proceso de atención de enfermería por parte de los enfermeros de la Clínica La Inmaculada. RSM [Internet]. 10 de septiembre de 2019 [citado 8 de mayo de 2023];73(5 - 6):277-81. Disponible en: <https://revistasanidadmilitar.org/index.php/rsm/article/view/42>
59. Adamara, G. M. (2017, December). El Proceso de Atención de Enfermería una visión actualizada destinada a la salud ocupacional. In *Cuba Salud 2018*
60. de Salazar, L. P. (2005). El plan de alta: una herramienta para el cuidado integral y la recuperación de la persona enferma. *Revista hacia la promoción de la salud*, 10, 22-27

Anexos

Instrumentos utilizados

Anexo 1. Consentimiento Informado

Formato de Consentimiento Informado

Institución: Hospital psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno
Prácticas profesionales para los alumnos del Posgrado de Enfermería en Salud Mental

Fecha: 20. Abril. 2022

Por este conducto hago patente que el alumno(a) de la especialidad de Enfermería en Salud Mental Magda Aranda Flores, cuya sede académica se ubica en el Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno:

- Ha solicitado mi colaboración voluntaria para ser entrevistado(a) como parte de una intervención breve que se incluye dentro de la formación profesional de alumnos de la especialidad de enfermería en Salud Mental, quienes recibieron una capacitación previa para hacer estas intervenciones.
- La entrevista tendrá una hora de duración aproximadamente y es posible que se puede programar una segunda sesión.
- La información es estrictamente CONFIDENCIAL y anónima, es decir que no será identificado y la información que brinde se empleará únicamente para fines académicos.
- Esta actividad es independiente del proceso de atención que recibo en el Centro de Salud Comunitario, es decir que será atendido en el centro aún cuando decida no participar en esta actividad.
- Si me incomodan algunas preguntas, estoy en libertad de suspenderla y abandonar la entrevista, así lo decido sin que mi tratamiento en el centro se vea afectado.

Asimismo mediante este documento HAGO PATENTE mi consentimiento para participar de forma voluntaria y consciente en este proceso.


Nombre y firma de la persona entrevistada

Magda Aranda Flores
Nombre y firma del entrevistador


Nombre y firma de testigo 1

Nombre y firma de testigo 2

Anexo 2. Instrumento de Valoración Basado en los patrones funcionales de Marjory Gordon



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad Nacional de Enfermería y Obstetricia
Instituto de Estudios de Posgrado
Especialización en Enfermería en Salud Mental
Centro Nacional de Psicología Clínica de la Secretaría de Salud



INSTRUMENTO DE VALORACIÓN
Basado en los patrones funcionales de Marjory Gordon

1. Valoración a cargo de: Magda Ananda Flora

Ficha de identificación Fecha: 20/04/22

Nombre: Y. Y. G. M.

Fecha de nacimiento: 23/04/2006 Edad: 15

Género: Femenino Ocupación: Estudiante

Estado civil: soltera Religión: Católica

Nacionalidad: Mexicana Etnia: Pura de sangre Catala

Lugar de residencia: Alcalá de Guadaípe, Tlaxcala Idioma: Español

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Alergias: Ninguna Antecedentes de riesgo: NO

Nombre del responsable o tutor: M.P.M.B.

Motivo de consulta: idea de dolo homicida en los hermanos y ahijados

Valoración física: Prácticamente normal del primer grado de conciencia

✦ Signos vitales

TAC: 96% FC: 96 FR: 18 TEMP: 36

Valor escala Glasgow: Con respuesta verbal y ojos los ojos completamente abiertos verbal responde con las preguntas. Motus: clonias bilaterales

Aspecto de piel y mucosas: tegumento normal e hidratado

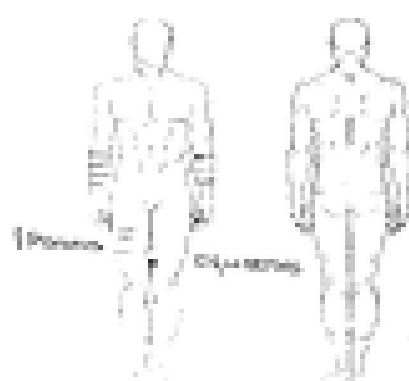
✦ Lesiones o heridas

Tipo de herida o lesión: Abrazos por partes en el abdomen y cuello herido

Observaciones: Equilibrada en sus intentos de recibir de ambos padres

✦ Potencia

✦ St: _____ Noc: 05 Tipo y ubicación: _____



Actividad

Adecuada: Inadecuada: _____ Especificar: con cuestionarios realizados

• Actitud durante la entrevista

Colabora: No colabora: _____

• Tratamiento estético

Si _____ No:

Especificar: _____

Perfil 1. Percepción / manejo de la salud

Alta o higiene personal (autocuidado):

Adecuada al entorno: Inadecuada al entorno: _____

Otros (especificar): se requieren condiciones de aislamiento, acorde a lo actual y que

Ciencia de enfermedad: Si No _____ Parcial _____

• Ciclos realizados

Especificar detalles:

• Déficit sensoriales

Alteraciones visuales: Alteraciones auditivas: Extremidades: _____

• Hábitos de aseo y conductas preventivas dentado, que lo realice
 2 veces mejor que para
 todos

Esquema de vacunación completa: Si No _____

Baño (frecuencia): diario

Cambio de ropa: 2 veces al día

• Higiene dental

Frecuencia de aseo: 3 veces al día

Estado general de la dentadura: con cuidado del día primero con visitas al dentista
 después 4 meses



➔ Hábitos y conductas adictivas

Consumo actual	Sustancia	Frecuencia	Edad de inicio	Dosis	Alguna vez en la vida
1 vez a la semana	Tobacco		15 años	1 cigarrillo	
1 vez a la semana	Bebidas alcohólicas		15 años	1 copa de vino	
SI	Cafeína	SI		1 taza de café	
SI	Cannabis	NO			
SI	Cocaína	NO			
SI	Anfetaminas	NO			
SI	Inhalantes	NO			
SI	Tranquilizantes	NO			
SI	Alucinógenos	NO			
SI	Opioáceos	NO			
SI	Otros	NO			

Situación económica: Regular
 Independiente: NO
 Dependiente de: Padre - Madre
 Otros datos de interés: _____

Patrón 2 Nutricional-metabólico

Peso: <u>52 Kg.</u>	Talla: <u>1.69 cm</u>	Actividad: <u>Académica</u>
Peso ideal: <u>50 Kg.</u>	A pérdida o ganancia peso (causas): <u>Por su estado de salud, actividad física, etc.</u>	
Complejión (delgado, obeso, equivo): <u>delgado</u>		

Alimentación			
COM	SI	SI	observaciones
Sal	SI	SI	Algunos: leche, huevo cuando sepa que no le gustan que le gustan: leche que le gustan: leche
Grasas	SI	SI	
Proteína	SI	SI	
Carbohidratos	SI	SI	

Datos positivos					
Almidón	SI	SI	SI	SI	SI
Grasas	SI	SI	SI	SI	SI
Proteína	SI	SI	SI	SI	SI

Colejo Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Mielke

- * ¿Qué actividades realiza en los tiempos libres? recreativas, de domésticas, NO
especificar (juego, paseo, ver televisión, etc.) baile, bailar con sus hermanos o sola
en la noche.
* ¿Qué grado de independencia tiene para el autocuidado en: alimentación, baño, si y
socialización, vestido, movilidad en cama? Independiente como toda las mañanas
después de algunas horas
Puntaje 5 Suave descenso

Responda sobre la línea lo que se pregunta

- Horas de sueño en 24 horas --- ¿Duerme durante el día? si ¿Cuánto tiempo? 2 o 3 horas
¿Tiene problemas para conciliar el sueño? si ¿Se despierta por la noche? si
¿Aplicación de pesadillas o terrores? si ¿Duerme o ha dormido bien? no ¿Se
siente cansado después de dormir? si ¿Frecuente? NO ¿Su sueño es reparador?
NO ¿Presenta insatisfacción durante el día? si ¿Presenta ojeras? si ¿Presenta
botas/os durante el día? si ¿Se siente somnoliento durante el día? si

TIPO DE SUEÑO	MEDICAMENTOS E INFUSIONES DE SEDACIÓN, RELAJACIÓN, ANESTÉSICOS ETC.	OBSERVACIONES
Fisiológico	<input checked="" type="checkbox"/>	Cansado que no duerme bien debido a ansiedad y duelo
Insuficiente	<input type="checkbox"/>	

Consultar: Escala de conciencia (pworth) (200)

Patrón 6 Cognitivo-perceptual

2. Orientación espacial y temporal

- ¿Sabe dónde se encuentra? si mi casa
¿Dónde vive: calle, número, postal/código, país, ciudades? si se escribe el dato
por confidencialidad
¿Dónde viven otros familiares? si en ciudades distintas
¿Domicilio del lugar de trabajo? de la Escuela NO lo sé



Alteraciones perceptivas

¿Escucha alguna vez voces o ruidos?

Si en algunas ocasiones por la noche cuando me levanto al baño por
comprobar alguna del cuarto escuché voces mejor que las que podía esperar

En caso afirmativo preguntar si son conocidas, qué le dicen, si hablan entre ellas, si son agradables o desagradables, si le insultan, de donde proceden.

¿Puede describirlos? se van voces de una mujer que dice y pide ayuda
pero no responde, me van en una casa o escuela, o tal vez en un apartamento

¿Cómo se ven? alguna vez luces, sombras, imágenes?
si la sombra de una mujer

En caso afirmativo preguntar ¿Puede describirlos? si me dicen de mujer que habla con palabras
de otras lenguas, como una lengua que yo nunca he oído, en mi sueño, me despierto
pero cuando me levanto me van voces y imágenes de mujeres que me hablan

En caso afirmativo ¿qué o qué cosa que
 es? Siempre cuando sé alguna me levanto todo el tiempo hablando de cosas
que me suceden y de cosas que me preocupan

¿Le notado alguna vez cosas extrañas? si

En caso afirmativo, ¿de dónde proceden? Me van, habla de cosas pero no to
en cuenta

Memoria e Inteligencia

¿Qué es lo que ha comido hoy, cenado, almorzando, hoy? Ve, recordo de pastel y otros

¿Cuál vino vería ayer? Nada

¿Qué hizo el pasado fin de semana? Tengo y fui con mi familia para visitarlos

¿Cómo se llamaba el colegio donde iba a clases de primaria? Tahuá Kichua

¿Cuántos años tenía cuando terminó la escuela, se graduó? 6 años cuando terminé el primer
de primaria a los 13 años

¿Qué relato algún acontecimiento agradable o desagradable de su infancia y comprobar grado de exactitud? Me me gusta mi infancia, dar

La comunicación con mis primos fue buena

Pensamiento y lenguaje

Del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

¿Ha notado alguna vez que su pensamiento va tan rápido que no le da tiempo de decir todo? Porque cuando algunas situaciones me tocan en frente.

En sus discursos, ¿le cuesta pasar de un tema a otro, o lo hace solamente? Cambio de tema muy rápido por que se quiere en cuenta el tema del que hablan.

Observaciones:

se observa abstracción con adiciones lenguaje y una
 bajo, durante la entrevista hablando continuamente.

ESCALA: Mini-examen cognoscitivo (Joba et al. 1979)

Parte 7: Auto percepción-concepto

- 1) ¿Cómo se ve a sí mismo? como no me siento segura con mi cuerpo, quiero bajar de peso y cambiar algo sobre mi abdomen.
- 2) Actitud hacia su cuerpo: a) Apreciación o) Báldezo
- 3) ¿Se han producido cambios en su cuerpo? NO
- 4) ¿Cómo le ha ocurrido con dos agendas y no acepta.
- 5) Auto percepción: a) Ajustada a la realidad b) Fuera de la realidad

6) Sentimientos respecto a la percepción

Hipótesis	<u>SI</u>	no
Estadico	SI	NO

Autocia	<input checked="" type="checkbox"/>	No
Hipocresía	<input checked="" type="checkbox"/>	No
Intoxia	<input type="checkbox"/>	No

T) Honest

Tercera	<input checked="" type="checkbox"/>	No
Intencional	<input checked="" type="checkbox"/>	No
Calpa	<input checked="" type="checkbox"/>	No
Injusticia	<input checked="" type="checkbox"/>	No
Misericordia	<input checked="" type="checkbox"/>	No
Desesperanza	<input checked="" type="checkbox"/>	No
Impresión	<input checked="" type="checkbox"/>	No
Plata	<input checked="" type="checkbox"/>	No
Superficialidad	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

E) Altruista

Autocia	<input type="checkbox"/>	No
Apropiación	<input checked="" type="checkbox"/>	No
Aplazamiento	<input type="checkbox"/>	No
Utilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	No
Apatía	<input checked="" type="checkbox"/>	No
Inapropiado	<input type="checkbox"/>	No
Embelesamiento	<input type="checkbox"/>	No

Patón o Rol/rolaciones

Contesta con un sí o un no, según consideres.

1. ¿Puede economizar y desahucarse libremente? Sí
2. ¿Puede satisfacer sus necesidades básicas de manera autónoma? Algunas cosas pero cada vez me piden dinero para las cosas que necesito para la escuela.

Subir Test de Salud Nacional de Psicología Escuela de la Salud Mental

3. ¿Soy independiente económicamente? No
4. ¿Existen problemas de relación en la familia? si con el padre y la madre ahora
5. ¿Considera agradable su ambiente familiar? no
6. ¿Hay apoyo entre los miembros de la familia? si
7. ¿Estudia o trabaja? Estudiante
8. Amigos ¿Tienes amigos próximos?
si 2 de
9. ¿Podrías mencionar a una persona significativa para ti? si mi ex pareja actual en la
10. ¿Puede contar con alguien cuando necesitas hablar? si con mi pareja
11. ¿Cuánto sueñas con alguien con quien discutir? no
12. ¿Realiza actividades recreativas o de ocio? no una televisión cuando dormo

Patrón 9 sexualidad y reproducción

Edad menopausia 17 ¿Cód menopausia — Embarazos — Oritia —

Partos — Abortos — Número de hijos —

Clas per oca 15 FUMI — MSA 15 N de parejas sexuales 1

Problemas en la menstruación NO

Métodos anticonceptivos No, utiliza — si utiliza Preservativo

Insatisfacción (x) con el método si

Que método de planificación familiar utiliza Preservativo

Dificultad para su actividad sexual Son satisfactorias. Si + NO —

Ha habido cambios. Si — NO — Ritmo menstrual —

Defunción reproductiva —

Ateraciones patógenas en la menstruación alteraciones raras

Seguridad vaginal — Enfermedades ginecológicas —

Revisiones ginecológicas — Fecha de último papanicolaou —

Fecha de autoexploración de mamas — Fecha última mastografía —

Prácticas sexuales no 4 veces Problemas de identidad sexual —

Patrón 11 Adaptación/Intolerancia al estrés

Marcar con una (X) las opciones que presente.

Reacciones tras un trauma físico o psicológico: *de acuerdo con el primer test psicológico realizado*

Falta de atención () Agresión () Alteración del estado del humor (+)
 Hipervigilancia () Vergüenza () Desesperanza ()
 Culpa (-) Terror (+) Negatividad ()

Respuesta física

Deterioro funcional () Demencia (+) Trastornos del sueño (+)
 Cambio de rol social () Consumo ()

Afrontamiento

Inefectivo () Defensivo () Inadaptación ()
 Duro (+) Negación (+) Ansiedad (+)

Imposibilidad para afrontar las situaciones (-)

Evidencia de búsqueda de adaptación de cuidados para la conservación y/o recuperación de la salud: sí () no (-)

Ejercita técnicas de relajación: sí () no (+)

Presencia de:

Irritabilidad (+) Temblores (+) Movimientos exagerados ()
 Contracciones () Movimientos descoordinados () Bradicardia ()
 Taquicardia (-) Aritmia () Bradipnea ()
 Apnea () Escalofríos (+) Color pálido ()
 Cianótico () Eructos () Cefalea (+)

Sabor metálico en boca ()

Manifestaciones:

Esta normalmente tenso () Emociones inapropiadas () Indiferencia (-)

Minimiza los síntomas () Comunicación limitada () Personalización ()

Preocupación excesiva/prolongada (+)

Consultar la escala de Estrés EEP- 14 Remer.

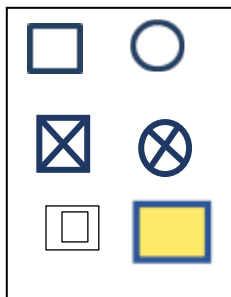
Patrón 11 Valores y creencias



Bibliografía

- Escala de Simulación de Epworth. Imagen disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2019.08.29.19164001v1> (Consultado el 31-08-2019 a las 15:00).
- Ferrás J, Carballedo MC. Enfermedades de salud mental y psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención. ed. Madrid: Panamericana; 2009. Pp.47-112.
- Realización Instituto. Cálculo sustitucional en versión como MHA. España. 1998. Disponible en: https://www.mha-elsedj.com/formulario_guia_ingles.pdf consultado 30/08/19
- Sede Web (Internet): Lugar de la publicación: Instalación I - Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 1998 - [https://doi.org/10.1016/S0924-6460\(98\)00019-8](https://doi.org/10.1016/S0924-6460(98)00019-8) Información del artículo: Valoración geriátrica integral (II): valoración sustitucional y mental en el anciano. Fecha de Consulta: 30/08/19 Sede Web (Internet): Mini-examen cognoscitivo (Jóns et al, 1978). DESCRIPCIÓN (El IBD de Lobo es la versión adaptada y validada en España del MDS) (Mini-Mental State.)

Simbología para la elaboración del familiograma y ecomapa



Cada integrante es representado por una figura cuadro para representar hombres o círculo para representar a mujeres de la familia

una persona muerta, una X dentro del círculo o cuadro (indicando la edad o año en que fue el fallecimiento)

Las personas clave (o paciente identificado) se identifica con un recuadro alrededor del cuadro o círculo en color amarillo

Los símbolos que representan miembros de la familia están conectados por líneas que representan sus relaciones biológicas y legales.



Personas que están casadas están conectadas por una línea que baja y cruza, con el esposo a la izquierda y la esposa a la derecha.



Separaciones y divorcios se indican, las líneas oblicuas significan una interrupción



Separación y 2 para un divorcio.










Las parejas no casadas se señalan igual que las casadas, pero con una línea de segmentos. La fecha importante aquí es cuando se conocieron o empezaron a vivir juntos








Los matrimonios múltiples se indican de izquierda a derecha, con el más reciente al fin






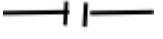
Relaciones de los miembros de la familia

	Muy unidos
	Fusionados y conflictivos
	pobres conflictivos
	Apartados o separados
	Unidos Distante
	Abuso sexual
	Abuso físico

Tipos de relación con el entorno

Fuerte	
Media	
Débil	
Estresante	
Flujo de recurso	

Relaciones afectivas

	Muy estrecha
	Cercana
	Crónica
	Muy estrecha y conflictiva
	Distante
	Quiebre

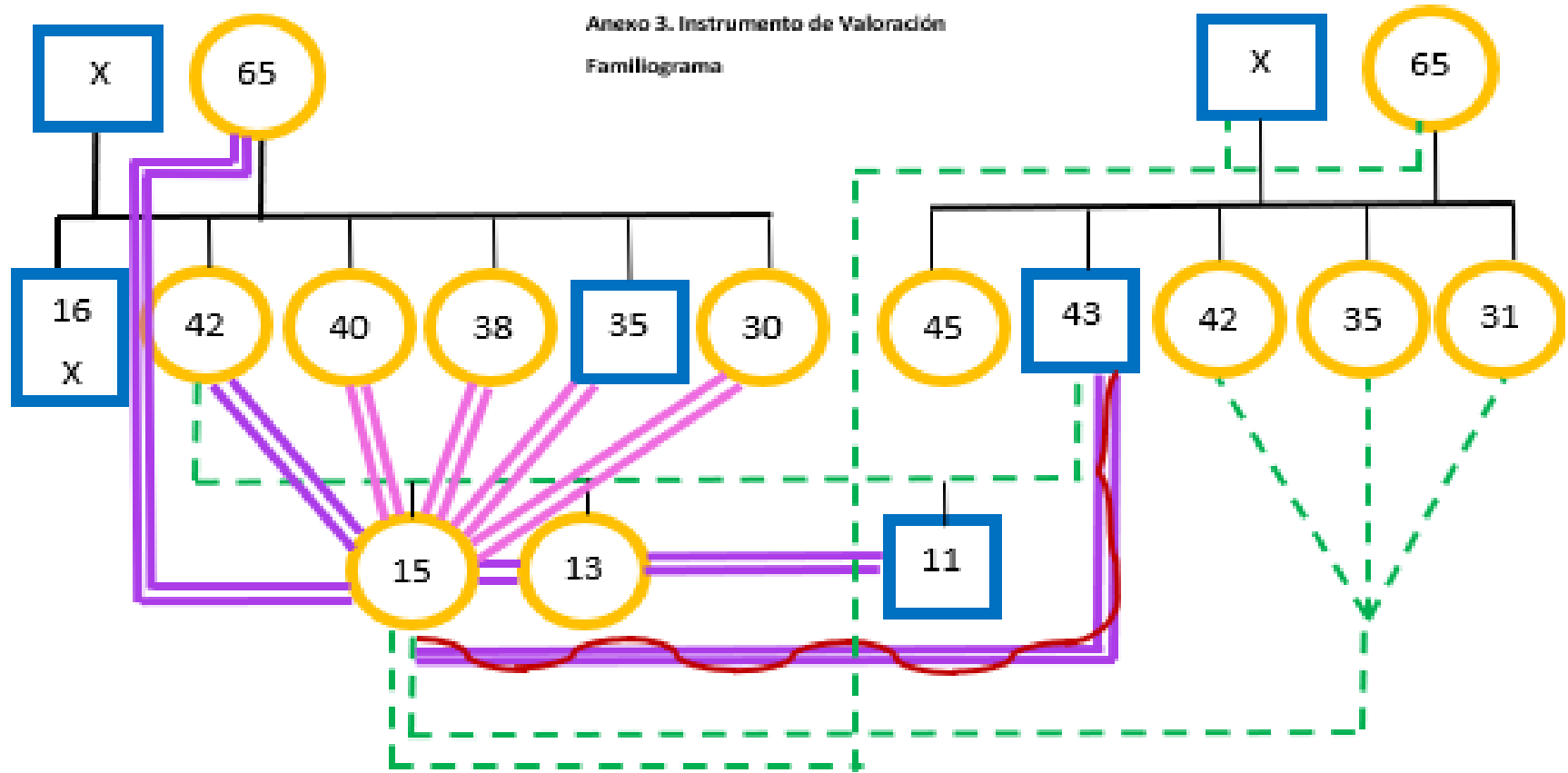
Apéndice Familiograma

La familia de Clara a la cual pertenece la adolescente ésta compuesta por una familia nuclear donde la adolescente es la primera hija, de 15 años la cual tiene buena relación con la madre, pero tiene relación conflictiva con el padre por que refiere infidelidad del padre y la

adolescente lo detecto, Clara tiene una relación poco frecuente con los abuelos paternos pero conflictiva la relación que existe con la abuela materna es de cordialidad y confianza existe buena relación

..

Anexo 3. Instrumento de Valoración
Familiograma



Muy estrecha y conflictiva



Muy estrecha



Cercana

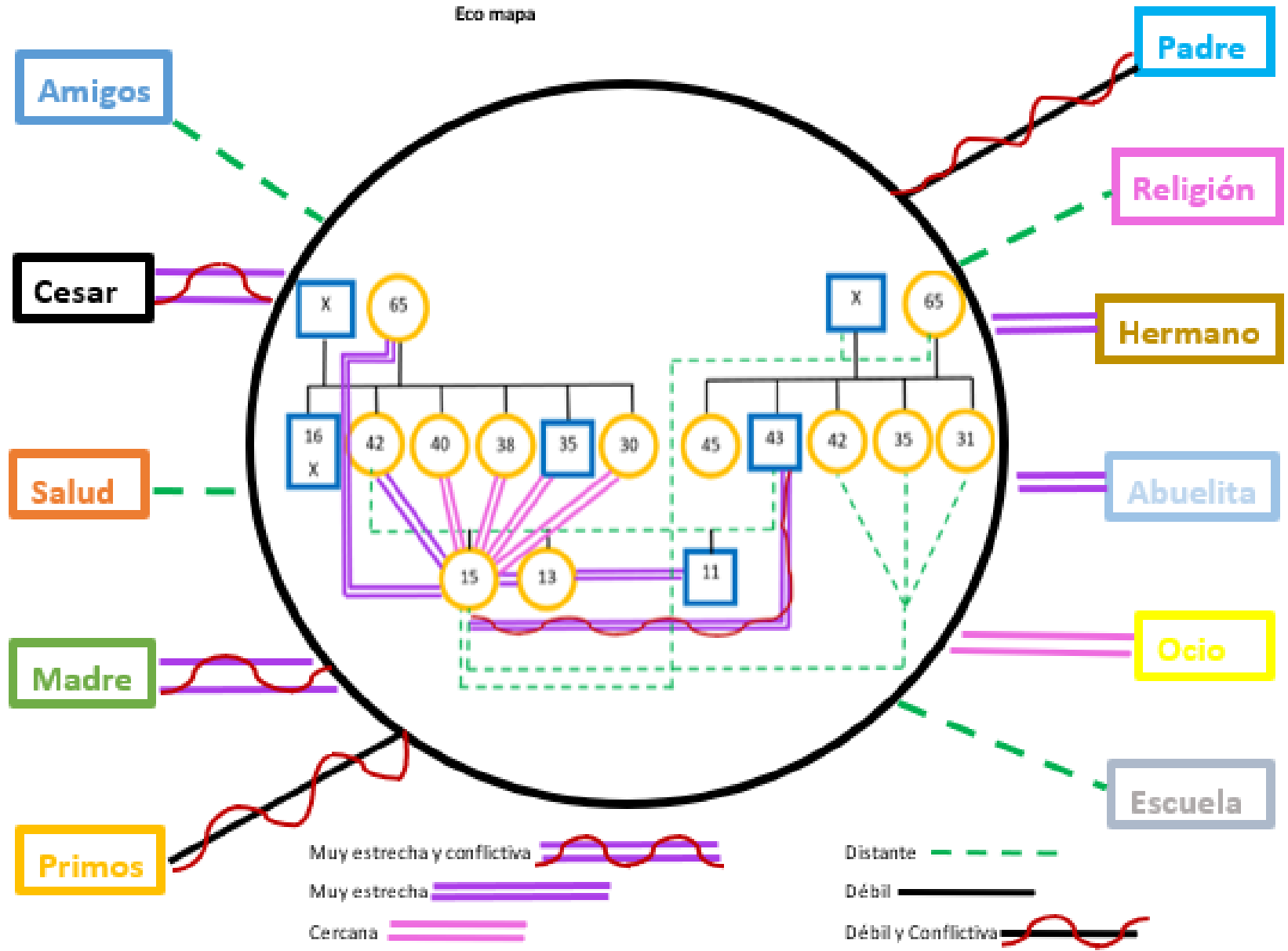


Distante



Anexo 3. Instrumento de Valoración

Eco mapa



Anexo 5. Instrumento

Escala Depresión por Ansiedad (DASS21)

Comprender la salud mental

Trastornos Comunes De La Salud Mental

Identificar, Investigar y Derivar

Herramientas de Exploración

Examen

Apéndices

Apéndice 1 - Escala de Síntomas de Depresión por Ansiedad (DASS 21)

Apéndice 3 - Fobias

Apéndice 4 - Trastorno de Pánico

Apéndice 5 - Depresión - Cuestionario PHQ

Apéndice 6 - Trastorno Bipolar - MDQ

Apéndice 7 - Alcohol - AUDIT

Apéndice 8 - Trastorno por uso de Sustancias (que no sea alcohol) - DAST-10

Apéndice 9 - Agudas

Apéndice 10 - Trastornos alimentarios: Cuestionario

Administración de cookies - los sitios web de Passport

Usamos cookies para que nos ayudes a hacer que nuestros sitios funcionen correctamente. También queremos usar cookies para mejorar constantemente nuestros sitios, adelantarte una experiencia mejor y entenderlo mejor como personalidad.

El uso que hacemos de los cookies se describe más ampliamente en nuestra Política de cookies.

Unidad permit permisos todos los cookies seleccionados haciendo clic en "Aceptar todos los cookies" abajo. Esta herramienta también le permite ajustar sus preferencias abajo y abajo. Tener solamente los cookies que usted desea que se implementen para ser visible.

PHQ-9

Apéndice 10 - Trastornos alimentarios: Cuestionario

Depresión por Ansiedad (DASS 21)

DASS21	Nombre	Fecha
<p>Lea cada expresión y marque con un círculo el número 0, 1, 2 o 3 que indica cuánto se aplica la expresión a usted durante la última semana. No hay respuestas correctas o incorrectas. No utilice demasiado tiempo en ninguna declaración.</p> <p>La escala de puntajes es la siguiente:</p> <p>0 No se aplica a mí en absoluto</p> <p>1 Se aplica a mí hasta cierto punto, o parte del tiempo</p> <p>2 Se aplica a mí en un grado considerable, o buena parte del tiempo</p> <p>3 Se aplica mucho a mí, o la mayoría del tiempo</p>		
1	Me resulta difícil relajarme	0 1 2 3
2	Noté la sequedad en mi boca	0 1 2 3
3	Pareciera que no puedo experimentar ningún sentimiento positivo	0 1 2 3
4	Tuve dificultades al respirar (por ej. respiración excesivamente rápida, dificultad para respirar sin ningún esfuerzo físico)	0 1 2 3
5	Me resultó difícil tener iniciativa para hacer cosas	0 1 2 3
6	Tendía a reaccionar en exceso ante las situaciones	0 1 2 3
7	Tuve temblores (por ej. en las manos)	0 1 2 3
8	Sentí que estaba usando mucha energía nerviosa	0 1 2 3
9	Estuve preocupado por situaciones en las que podría entrar en pánico y parecer un tanto	0 1 2 3
10	Sentí que no tenía nada que esperar	0 1 2 3
11	Me encontré agitado	0 1 2 3
12	Tuve dificultades para relajarme	0 1 2 3
13	Me sentí abatido y triste	0 1 2 3
14	No toleraba nada que me impidiera continuar con lo que estaba haciendo	0 1 2 3
15	Sentí que estaba cerca del pánico	0 1 2 3
16	No pude entusiasmarme con nada	0 1 2 3
17	Sentí que no valía mucho como persona	0 1 2 3
18	Sentí que estaba bastante susceptible	0 1 2 3
19	Fui consciente del trabajo de mi corazón en ausencia de esfuerzo físico (por ej. sensación de aumento de la frecuencia cardíaca, falta de latido del corazón)	0 1 2 3
20	Sentí miedo sin ninguna razón	0 1 2 3
21	Sentí que la vida no valía nada	0 1 2 3

Interpretación del Puntaje Dass

Cada pregunta recibe un puntaje de depresión, ansiedad o estrés. Los puntajes totales para cada categoría se deben multiplicar por 2 y comparar con la tabla que sigue.

Aplique la plantilla a ambos lados de la hoja y sume los puntajes de cada escala. Para una versión corta (21 ítems) multiplique la suma por 2.

Pregunta	Trastorno	Pregunta	Trastorno	Pregunta	Trastorno
1	Estrés	8	Estrés	15	Ansiedad
2	Ansiedad	9	Ansiedad	16	Depresión
3	Depresión	10	Depresión	17	Depresión
4	Ansiedad	11	Estrés	18	Estrés
5	Depresión	12	Estrés	19	Ansiedad
6	Estrés	13	Depresión	20	Ansiedad
7	Ansiedad	14	Estrés	21	Depresión

Anexo 6 I

Escala de Estrés percibido

Versión española (2.0) de la *Perceived Stress Scale (PSS)* de Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983), adaptada por el Dr. Eduardo Remor.

Escala de Estrés Percibido - *Perceived Stress Scale (PSS)* - versión completa 14 ítems.

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Anexo 7 Evidencia científica

XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología (XXII) Jornadas de Investigación, XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, I Encuentro de Investigadores de Terapia Ocupacional, II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2020.

Autolesiones en la consulta de urgencia de adolescentes en el hospital público en Argentina.

Triveño, Gabriela, Surraco, Mayka, Amor, Mauro Ezequiel, Rejojo, Daiana, Santamaría, Larisa y Acosta Córdoba, Sol.

Cita:
Triveño, Gabriela, Surraco, Mayka, Amor, Mauro Ezequiel, Rejojo, Daiana, Santamaría, Larisa y Acosta Córdoba, Sol (2020). Autolesiones en la consulta de urgencia de adolescentes en el hospital público en Argentina. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXII Jornadas de Investigación, XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, II Encuentro de Investigadores de Terapia Ocupacional, II Encuentro de Musicoterapia. Universidad de Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-007/580>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/etd53/vr>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro financiado en su totalidad por el ingreso de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>

Salud mental en adolescentes universitarios Latinoamericanos: Revisión sistemática

El presente es una revisión de literatura sobre la salud mental en adolescentes universitarios Latinoamericanos. El objetivo es analizar la evidencia científica disponible sobre la salud mental en adolescentes universitarios Latinoamericanos. Se realizó una búsqueda de literatura en las bases de datos PsycInfo, Scopus y Web of Science. Se incluyeron los artículos que se relacionan con la salud mental en adolescentes universitarios Latinoamericanos. Se analizaron los resultados de los estudios y se discutió la evidencia disponible. Se concluye que la salud mental en adolescentes universitarios Latinoamericanos es un tema complejo que requiere mayor investigación.

Acta Académica ISSN 1667-5800
Vol. 14, Nº 1, 2020
pp. 580-589

Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual Anxiety: Review and Conceptual Delimitation

Díaz Kusik, Elena
Universidad de Buenos Aires
De la Iglesia, Guadalupe
Universidad de Palermo, Buenos Aires

9 Mayo 2020 - 10:40 AM - 10:40 AM

Resumen

Probablemente uno de los mayores retos a la hora de abordar la ansiedad sea definir adecuadamente qué es el constructo ansiedad. El propósito de este trabajo es realizar una revisión del constructo ansiedad desde la psicología, con el fin de contribuir a su delimitación. En primer lugar, se examina el origen del término ansiedad y se lo discierne de otros términos relacionados o estrechamente relacionados como angustia, miedo y estrés. A continuación, se realiza un recorrido histórico sobre el concepto ansiedad y su evolución en la psicología hasta abordar las conceptualizaciones multidimensionales. Finalmente, adoptando como marco teórico la teoría cognitiva de la ansiedad (Clark & Beck, 2002), se delimita el constructo y se realiza una diferenciación entre ansiedad normal, ansiedad como rasgo de personalidad y ansiedad patológica.

Palabras clave: Ansiedad, constructo, psicología, revisión.

Abstract

One of the greatest challenges when dealing with anxiety is to adequately define what this construct encompasses. The purpose of this work is to review the contours of anxiety from the viewpoint of psychology, in order to contribute to its delimitation. In the first place, the origin of the term is examined and discriminated from other closely related or concealing terms such as angst, fear, and stress. In the second place, it is carried out a historical review of anxiety as a concept and its evolution in psychology up to multidimensional conceptualizations. Finally, by adopting the cognitive theory of anxiety as a theoretical framework (Clark & Beck, 2002), the construct is delimited and a distinction is made among normal anxiety, pathological anxiety, and anxiety as a personality trait.

Keywords: Anxiety, construct, psychology, review.

Acta Académica ISSN 1667-5800
Vol. 14, Nº 1, 2020
pp. 580-589

Suicidio: autolesión e insatisfacción corporal en adolescentes

Suicide: Self-injury and body dissatisfaction in adolescents

Este artículo tiene como objetivo analizar la relación entre la autolesión, la insatisfacción corporal y el suicidio en adolescentes. Se realizó una revisión de literatura en las bases de datos PsycInfo, Scopus y Web of Science. Se incluyeron los artículos que se relacionan con la autolesión, la insatisfacción corporal y el suicidio en adolescentes. Se analizaron los resultados de los estudios y se discutió la evidencia disponible. Se concluye que la autolesión y la insatisfacción corporal son factores de riesgo para el suicidio en adolescentes.

Anexo 7 Evidencia científica

Artículo de revisión / Review

Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática

Cristóbal Oviedo Muñoz, ¹Diego Restrepo ² y Doris Cardona ³

Palabras clave: Salud Mental Positiva, Salud Mental, Salud Pública, Salud Comunitaria, Salud Familiar, Salud Colectiva, Salud Social, Salud Integral, Salud Holística, Salud Biopsicosocial, Salud Integral, Salud Social, Salud Comunitaria, Salud Familiar, Salud Colectiva, Salud Social, Salud Integral, Salud Holística, Salud Biopsicosocial.

Resumen: Construir los modelos teóricos que han fundamentado las investigaciones científicas sobre salud mental positiva desde el momento en que se inició el concepto de la salud mental hasta la actualidad.

Objetivo: El perfil de una revisión sistemática de literatura de literatura publicada en los últimos diez años. Palabras clave: Salud Mental Positiva, Salud Mental, Salud Pública, Salud Comunitaria, Salud Familiar, Salud Colectiva, Salud Social, Salud Integral, Salud Holística, Salud Biopsicosocial.

Resultados: En los últimos diez años, se han publicado más de 100 artículos científicos que han abordado el concepto de salud mental positiva. El desarrollo de este concepto ha sido el resultado de un proceso de construcción de un modelo de salud mental que integra el concepto de salud mental positiva con el concepto de salud mental tradicional.

Conclusiones: La salud mental positiva es un concepto que integra el concepto de salud mental tradicional con el concepto de salud mental positiva. Este modelo de salud mental positiva es un modelo de salud mental que integra el concepto de salud mental tradicional con el concepto de salud mental positiva.

Palabras clave: Salud mental, salud mental positiva, salud mental tradicional, salud mental positiva, salud mental holística, salud mental integral, salud mental social, salud mental comunitaria, salud mental familiar, salud mental colectiva, salud mental social, salud mental integral, salud mental holística, salud mental biopsicosocial.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es capaz de afrontar las tensiones de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y tener la capacidad para hacer contribuciones a la comunidad. (1) Este concepto de salud mental, sin embargo, no ha sido suficiente para abordar las necesidades de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y tener la capacidad para hacer contribuciones a la comunidad. (2) En consecuencia, se ha desarrollado un nuevo concepto de salud mental que integra el concepto de salud mental tradicional con el concepto de salud mental positiva. Este modelo de salud mental positiva es un modelo de salud mental que integra el concepto de salud mental tradicional con el concepto de salud mental positiva.

El OMS también es un actor clave en la definición de la salud mental positiva. En su informe "Salud Mental: Una Guía para el Desarrollo de Políticas y Programas" (2003), el OMS define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es capaz de afrontar las tensiones de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y tener la capacidad para hacer contribuciones a la comunidad. (3) Este concepto de salud mental, sin embargo, no ha sido suficiente para abordar las necesidades de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y tener la capacidad para hacer contribuciones a la comunidad. (4) En consecuencia, se ha desarrollado un nuevo concepto de salud mental que integra el concepto de salud mental tradicional con el concepto de salud mental positiva. Este modelo de salud mental positiva es un modelo de salud mental que integra el concepto de salud mental tradicional con el concepto de salud mental positiva.

Artículo de Investigación Científica y Tecnológica

GENOGRAMA Y ECOMAPA: HERRAMIENTAS DE ABORDAJE PARA EL MÉDICO FAMILIAR

GENOGRAM AND ECOMAP: APPROACH TOOLS FOR THE FAMILY DOCTOR

GENOGRAMA E ECOMAP: FERRAMENTAS DE ABORDAGEM PARA O MÉDICO DE FAMÍLIA

Adriana Fariñas Restrepo Barboza¹
Eliana Lucía González Salazar²

Recibido: 05 de octubre de 2020
Aprobado: 20 de julio de 2021

¿Cómo citar este artículo?
Restrepo Barboza, A. F. y González Salazar, E. L. (2021). Genograma y ecograma: herramientas de abordaje para el médico familiar. *Desarrollo, Economía y Sociedad*, 18(1). https://doi.org/10.38017/DESDES040744

Resumen: En este artículo se discute la visión de la familia desde la teoría de los sistemas y la evolución del análisis a lo largo del tiempo, con énfasis en el genograma y el ecograma, para lo cual se han establecido múltiples categorías en una sistematización autorreal. El estudio de la familia a través de estos instrumentos, se construye como un pilar en el abordaje integral del individuo, ya que la interacción de cada uno de los miembros del sistema familiar entre sí y con los factores externos, determina la dinámica familiar y la forma como esta responde a diferentes eventos, entre ellos al proceso salud-enfermedad. Por lo anterior, se plantea como objetivo principal, establecer una guía propia para el desarrollo del genograma y ecograma con una base metodológica para el estudio de unidades familiares a través de una revisión documental, teniendo en cuenta que estas herramientas son de utilidad en la práctica clínica y comunitaria, y la importancia de la sistematización de criterios en la elaboración, para el logro de una adecuada interpretación. Para la revisión documental, se realizó búsqueda en bases de datos como PubMed, Scielo y Embase, a partir de artículos de revisión, ensayos científicos y ensayos.

Palabras clave: Genograma, Ecograma, Salud Familiar, Salud Comunitaria, Salud Social, Salud Integral, Salud Holística, Salud Biopsicosocial.

1. Especialista en Medicina Familiar, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Facultad de Ciencias de la Salud (Dpto. Colombia). Correo electrónico: adriana@unpedagogica.edu.co
2. Especialista en Medicina Familiar, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Facultad de Ciencias de la Salud (Dpto. Colombia). Correo electrónico: eliana@unpedagogica.edu.co

Desarrollado con: Word 18 (Año 2021) (MSO) (versión 18.02.0000) (MSO) en línea: 18.02.0000



CÓDIGO DE ÉTICA



CÁMARA DE DIPUTADOS DEL H. CONGRESO DE LA UNIÓN
Secretaría General
Secretaría de Servicios Parlamentarios

1 Versión PDF generada por el Sistema de Actualización y Actualización

LEY GENERAL DE SALUD

Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984

TEXTO VIGENTE
Última reforma publicada DOF 24-03-2023

Al margen un sello con el Escudo Nacional que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.

MIGUEL DE LA MADRID HURTADO, Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes, sabed:

Que el H. Congreso de la Unión se ha servido dirigirme el siguiente:

DECRETO

"El Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, decreta:

LEY GENERAL DE SALUD

Anexo 8. Talleres Psicoeducativos elaborados por estudiantes de La Especialización de Enfermería en Salud Mental 2022 -2023

Taller psicoeducativo: Estrategias para Regular los Pensamientos y Emociones ante el Estrés



Ilustración 1. Caratula de rotafolio del taller psicoeducativo Estrategias para regular tus pensamientos y emociones

Anexo 8.1 Taller psicoeducativo Autoestima



Ilustración 2. Caratula de rotafolio del taller psicoeducativo Autoestima

Anexo 8.2 Taller psicoeducativo Cuidado con el Estrés

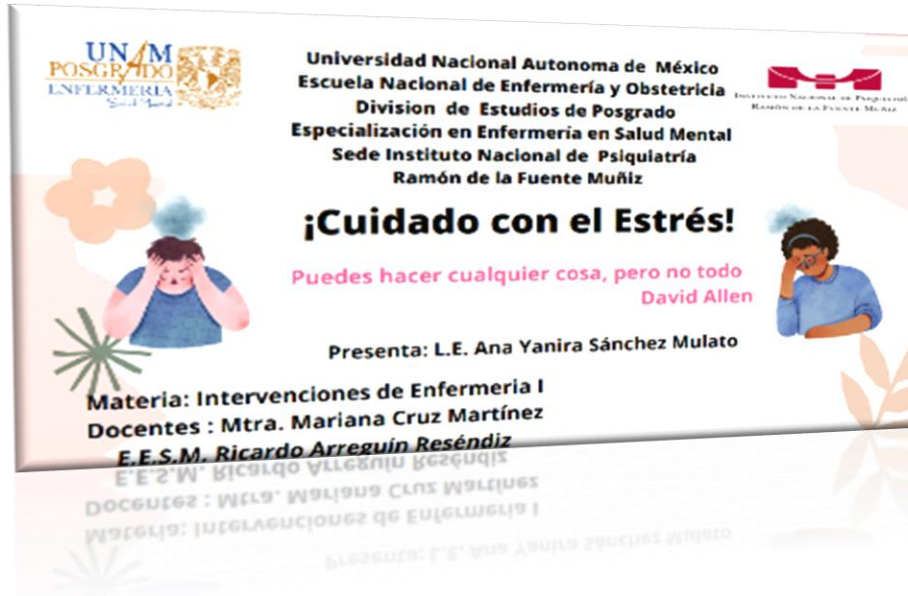


Ilustración 3. Caratula de rotafolio del taller psicoeducativo Cuidado con el Estrés

Anexo 8.3 Taller psicoeducativo Higiene del Sueño



Ilustración 4. Caratula de rotafolio del taller psicoeducativo higiene de sueño.

Anexo 8.4 Taller psicoeducativo Educación Sexual

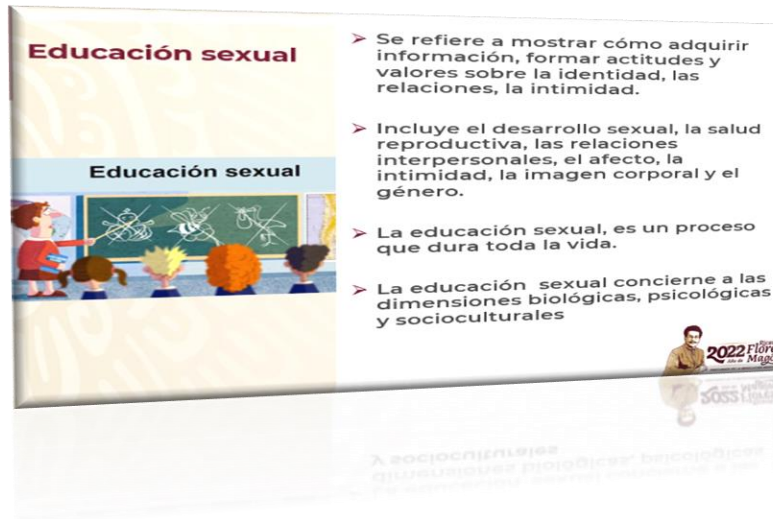


Ilustración 5. Caratula de rotafolio del taller psicoeducativo Educación Sexual.

Anexo 8.5 Taller psicoeducativo vivamos sin violencia



Ilustración 6. Caratula de rotafolio del taller psicoeducativo vivamos sin violencia

Anexo 8.6 Taller psicoeducativo Equilibrio Cuerpo Alma y mente

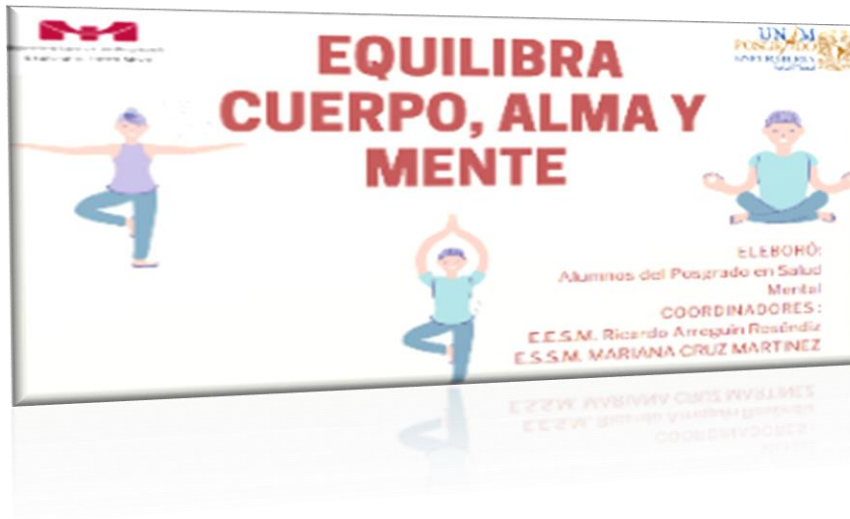


Ilustración 7. Caratula de rotafolio del taller psicoeducativo Equilibra Cuerpo Alma y Mente

Anexo 8.7 Taller psicoeducativo Tips para ser Feliz



Ilustración 8. Caratula de rotafolio del taller psicoeducativo Tips para ser Feliz.

Anexo 8.8 Taller psicoeducativo Métodos anticonceptivos



Ilustración 9. Caratula de rotafolio del taller psicoeducativo Métodos anticonceptivos

Anexo 8.9 Taller psicoeducativo



Ilustración 10. Caratula de rotafolio del taller psicoeducativo Controlando los pensamientos y obtén una vida plena.

Apéndice A. Material sobre Terapia de relajación

Infografía sobre Técnica de Relajación



Ilustración 11. infografía sobre técnica de respiración diafragmática

Apéndice B. Escala de Estrés de Depresión por Ansiedad (DASS21)

Respectivo: Un recurso de salud mental para Médicos de Equipos

- 1. Inicio de la Sesión
- 2. El Dr. David M. S. y la Dra. María C. M. se presentan
- 3. El Dr. David M. S. y la Dra. María C. M. se presentan
- 4. El Dr. David M. S. y la Dra. María C. M. se presentan
- 5. El Dr. David M. S. y la Dra. María C. M. se presentan
- 6. El Dr. David M. S. y la Dra. María C. M. se presentan
- 7. El Dr. David M. S. y la Dra. María C. M. se presentan
- 8. El Dr. David M. S. y la Dra. María C. M. se presentan
- 9. El Dr. David M. S. y la Dra. María C. M. se presentan
- 10. El Dr. David M. S. y la Dra. María C. M. se presentan
- 11. El Dr. David M. S. y la Dra. María C. M. se presentan
- 12. El Dr. David M. S. y la Dra. María C. M. se presentan
- 13. El Dr. David M. S. y la Dra. María C. M. se presentan
- 14. El Dr. David M. S. y la Dra. María C. M. se presentan
- 15. El Dr. David M. S. y la Dra. María C. M. se presentan
- 16. El Dr. David M. S. y la Dra. María C. M. se presentan
- 17. El Dr. David M. S. y la Dra. María C. M. se presentan
- 18. El Dr. David M. S. y la Dra. María C. M. se presentan
- 19. El Dr. David M. S. y la Dra. María C. M. se presentan
- 20. El Dr. David M. S. y la Dra. María C. M. se presentan
- 21. El Dr. David M. S. y la Dra. María C. M. se presentan

Apéndice 2 - Escala de Estrés de Depresión por Ansiedad (DASS 21)

DASS21	Número	Fecha
<p>Responde a la expresión y marque con un círculo el número 0, 1, 2 o 3 que mejor describe su grado de acuerdo a la expresión a usted durante la última semana. No hay respuestas correctas o incorrectas. No existe el concepto de tiempo en el grado de acuerdo.</p> <p>La escala de puntajes es la siguiente:</p> <p>0 No se aplica a mí en absoluto</p> <p>1 Se aplica a mí hasta cierto punto, o parte del tiempo</p> <p>2 Se aplica a mí en un grado considerable o buena parte del tiempo</p> <p>3 Se aplica mucho a mí, o la mayoría del tiempo</p>		
1. Me resulta difícil relajarme	0 1 2 3	2 3
2. Naté la seguridad en mí fuera	0 1 2 3	2 3
3. Esperé a que me pudiese expresar mi alegría o sentimiento positivo	0 1 2 3	2 3
4. Tuve dificultades al respirar (por ej., respiración que está demasiado rápida, dificultad para respirar sin ningún esfuerzo físico)	0 1 2 3	2 3
5. Me resulta difícil tener paciencia para hacer cosas	0 1 2 3	2 3
6. Tenté a reaccionar en exceso ante las situaciones	0 1 2 3	2 3
7. Tuve temblores (por ej., en las manos)	0 1 2 3	2 3
8. Sentí que estaba usando mucha energía nerviosa	0 1 2 3	2 3
9. Estuve preocupado por situaciones en las que podría entrar en pánico y poner en peligro	0 1 2 3	2 3
10. Sentí que no tenía nada que esperar	0 1 2 3	2 3
11. Me encontré agitado	0 1 2 3	2 3
12. Tuve dificultades para relajarme	0 1 2 3	2 3
13. Me sentí aburrido y triste	0 1 2 3	2 3
14. No hice nada que me impidiera continuar con lo que estaba haciendo	0 1 2 3	2 3
15. Sentí que estaba cerca del pánico	0 1 2 3	2 3
16. No pude entusiasmarlo con nada	0 1 2 3	2 3
17. Sentí que no valía mucho como persona	0 1 2 3	2 3
18. Sentí que estaba bastante susceptible	0 1 2 3	2 3
19. Fue como si el trabajo de mi corazón en aumento de estiramiento físico (por ej., sensación de aumento de la frecuencia cardíaca, falta de latido del corazón)	0 1 2 3	2 3
20. Sentí miedo sin ninguna razón	0 1 2 3	2 3
21. Sentí que la vida no valía nada	0 1 2 3	2 3

Interpretación del Puntaje Dass

Cada pregunta recibe un puntaje de depresión, ansiedad o estrés. Los puntajes totales para cada categoría se deben multiplicar por 2 y compararse con la tabla que sigue.

Al que le plantee a ambos lados de la hoja y sume los puntajes de cada escala. Para una versión completa, el puntaje multiplicado se suma por 2.

Pregunta	Trastorno	Pregunta	Trastorno	Pregunta	Trastorno
1	Estrés	8	Estrés	15	Ansiedad
2	Ansiedad	9	Ansiedad	16	Depresión
3	Depresión	10	Depresión	17	Depresión
4	Ansiedad	11	Estrés	18	Estrés
5	Depresión	12	Estrés	19	Ansiedad
6	Estrés	13	Depresión	20	Ansiedad
7	Ansiedad	14	Estrés	21	Depresión

Significado	Depresión	Ansiedad	Estrés
Normal	0-9	0-7	0-11
Leve	10-13	8-9	12-10
Moderao	14-18	10-14	11-15
Grave	19-27	15-19	16-21
Extremamente grave	28+	20+	22+

Apéndice C. Escala de estrés percibido

Versión española (2.0) de la *Perceived Stress Scale (PSS)* de Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983), adaptada por el Dr. Eduardo Remor.

Escala de Estrés Percibido - *Perceived Stress Scale (PSS)* – versión completa 14 ítems.

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Apéndice D. Plan de Alta en Salud Mental

PLAN DE ALTA

Usuaría Y.Y.S.M.

lic. Magda Avendaño Flores
Estudiante de la especialización en
Enfermería en Salud Mental.

CUIDO MI SALUD

- Realizo actividades saludables
- Identifico Signos y Síntomas del estrés o de autolesiones, ansiedad enojo, irritabilidad, baja autoestima, insomnio, pasar mucho tiempo solo
- Pedir ayuda profesional



ALIMENTACIÓN SALUDABLE

- Permanecer con hábitos adquiridos, sobre el consumo de alimentos saludables. Preferir alimentos como vegetales ricos en fibra, frutas, pescado, pollo, disminuir el consumo de carnes rojas.
- Tomar agua suficiente evitar ingerir bebidas azucaradas
- Evitar comida rápida y empanizados



ME ACTIVO

Realizar actividad física:

- Caminar
- Practicar algún deporte como natación
- Hacer ejercicios en casa libre
- Realizar actividades recreativas o culturales individuales o grupales
- Ayudaría eliminar toxinas aumentando los niveles de dopamina



DESCANSO

- Establecer hora de descansar en la hora de dormir y levantarse de la cama para tener energía y estar más atenta y ser productiva, tomar decisiones
- asertivas
- Practicar técnicas de relajación



ME AMO

- Gestión de emociones, mediante la técnica del semáforo
- Suprimo las autolesiones
- Aumento de autoestima y de amor propio
- potencializar el afecto con tus seres queridos
- generar confianza para manejar el estrés y ansiedad
- mejorar la comunicación mediante el escuchar y preguntar



PIDO AYUDA

Cuando una persona se enferma asiste al médico pide ayuda con sus familiares o amigo cuando presenta algún episodio de salud mental como emocionalmente pide ayuda a profesionales de la salud sin sentirse avergonzada



UNAM
PROGRAMA
Enfermería

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
CARRERA DE ENFERMERÍA
AV. JUÁREZ 1000 DE TL. 0
MEXICO D.F. 06702
TEL: 5623 1234

Apéndice C. Cronograma de actividades

Actividad	Abril		
	4 al 8	11 al 15	18 al 22
Inicio de las practicas Comunitaria CUEC. San Luis Tlaxialtemalco. Reconocimiento de AGEB 086	Lunes 4 al viernes 8 de abril		
Barrido en la comunidad para la Aplicación de cedula a familias en el AGEB 086 para elaboración de diagnóstico de la comunidad		Lunes 11 de abril	
Se detecta familia para estudio de caso Se habla con la familia para agendar cita		Lunes 11 de abril	
1ª visita a la familia para estudio de caso informa sobre el consentimiento y asentimiento informado la cual es firmado.			Martes 20 de abril
Se aplica la cedula de valoración de Marjory Gordón. Se agenda una siguiente visita			Martes 20 de abril
Se aplica instrumentos de valoración genograma ecomapa y APGAR familiar			Jueves 21 de abril

Apéndice C1. Cronograma de actividades

Actividad	Abril	Mayo	
	25 al 29	02 al 06	09 al 13
Se aplica Escala de Estrés de Depresión por Ansiedad (DASS21) y Estrés Percibido	Lunes 25 de abril		
Se realiza visita en el domicilio para presentar taller psicoeducativo - duelo Carta de despedida	Jueves 28		
Visita en domicilio con taller psicoeducativo de autoestima		Lunes 2 de mayo	
Estrategias para regular tus pensamientos y emociones		Miércoles 4 de mayo	
Visita en el domicilio técnica de relajación respiración diafragmática			Lunes 9 de mayo
Fortaleciendo tu Salud Mental			Miércoles 20 de mayo
Feria de la salud en San Luis Tlaxiátemalco		Viernes 13 de mayo	
Visita en el domicilio Psicoeducativo Resiliencia y Afrontamiento			27viernes

Apéndice C2. Cronograma de actividades

Actividad	Mayo	Junio 1 al 13	
Cuidado con el estrés	Lunes 30 de mayo		
Únete al mundo de los sueños sin estrés		Miércoles 1	
Vivamos si violencia		Viernes 3	
Educación sexual			Lunes 6
Equilibra cuerpo alma y mente			Miércoles 8
Tips para ser feliz			Lunes 13

Apéndice C3.

Actividad	junio	Junio	
Métodos anticonceptivos	Miércoles 15		
Controla tus pensamientos y obtén una vida plena	Viernes 17		
Se aplica una segunda prueba de Escala de Estrés de Depresión por Ansiedad (DASS21) y Estrés Percibido		Lunes 20	
Consultoría en domicilio Se brinda y se explica el plan de alta, se refuerzan estrategias y se responde dudas de la adolescente			Jueves 23

