



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES
EN ENFERMERÍA

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL
EN PERSONA CON ALTERACIÓN DEL PATRÓN DE
SEXUALIDAD REPRODUCCIÓN

ESTUDIO DE CASO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

PRESENTA:

L.E. CÉSAR MENDIOLA CABIDO

ASESOR:

M.C.E. JOSÉ MARÍA CASTRO MORALES



TABASCO, 2024



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.



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL.

Todo material contenido en esta tesis está 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 o informativos y deberá citar la fuente donde lo 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
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES
EN ENFERMERÍA

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL
EN PERSONA CON ALTERACIÓN DEL PATRÓN DE
SEXUALIDAD REPRODUCCIÓN

ESTUDIO DE CASO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA EN SALUD MENTAL

PRESENTA:

L.E. CÉSAR MENDIOLA CABIDO

ASESOR:

M.C.E. JOSÉ MARÍA CASTRO MORALES

TABASCO, 2024



Resumen

Las disfunciones sexuales son un tema pocas veces mencionado y menos aún investigado. Este estudio de caso muestra la importancia del trato humano, respetuoso y profesional para la atención de una persona con disfunción sexual, siempre priorizando la integridad de este y la implementación del plan de cuidados adecuado para su condición.

Objetivo. Elaborar un estudio de caso de enfermería en salud mental mediante el proceso de atención de enfermería, siguiendo el modelo de once patrones funcionales de Marjory Gordon, aplicado a una persona tratada en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental de Villahermosa, en el estado de Tabasco.

Metodología. Estudio de caso descriptivo. Se desarrolla proceso de atención en enfermería a M.F.F.D., en el servicio de consulta externa del Hospital Regional de Alta Especialidad en Salud Mental de la Ciudad de Villahermosa. Se solicitó la autorización del centro de rehabilitación, para llevar a cabo el estudio, así como la colaboración voluntaria del participante, a través del consentimiento informado. Se llevó a cabo la valoración del estado de salud del participante como parte de la intervención de enfermería y se brindó un plan de cuidados de forma ética y respetuosa.

Conclusiones. La aplicación de las intervenciones fue adecuada, ya que se logró dar respuesta a las necesidades de atención de la persona, al final, manifestó que le habían sido de gran utilidad como las distintas actividades propuestas durante la intervención.

Palabras clave. Salud mental, enfermería en salud mental, sexualidad, disfunción sexual, chemsex, psicoeducación, consejería psicológica.

Abstract

Sexual dysfunctions are a topic rarely mentioned and even less researched. This case study demonstrates the importance of humane, respectful, and professional treatment for the care of a person with sexual dysfunction, always prioritizing the integrity of the person and the implementation of the appropriate care plan for their condition.

Objective. To elaborate a case study of mental health nursing through the nursing care process, following the model of eleven functional patterns of Marjory Gordon, applied to a person treated in the outpatient service of the Regional Hospital of High Specialty Mental Health of Villahermosa, in the state of Tabasco.

Methodology. Descriptive case study. Nursing care process is developed for M.F.F.D., in the outpatient service of the Regional Hospital of High Specialty in Mental Health of the city of Villahermosa. Authorization was requested from the rehabilitation center to carry out the study, as well as the voluntary collaboration of the participant, through informed consent. The assessment of the person's health status was carried out as part of the nursing intervention and a care plan was provided in an ethical and respectful manner.

Conclusions. The application of the interventions was adequate, since it was possible to respond to the person's care needs. At the end, the person stated that the different activities proposed during the intervention had been very useful.

Key words. Mental health, nursing and mental health, sexuality, sexual dysfunction, chemsex, psychoeducation, psychological counseling.

Agradecimientos

Agradezco a la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de formar parte de la primera generación de la especialidad de enfermería en salud mental en el estado de Tabasco.

A la Facultad de Enfermería y Obstetricia por abrir el espacio para mi formación académica, dar seguimiento a mi proceso de aprendizaje y brindarme un lugar en la generación de futuros especialistas de la enfermería en salud mental.

Al Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental de Villahermosa, por darnos el espacio de práctica y aprendizaje, donde de la mano de mis docentes y compañeros, brinde cuidados de calidad a las personas de esta unidad.

Al jurado revisor, que, con sus observaciones, retroalimentación y conocimientos, contribuyeron a la entrega de un producto de calidad.

Por último, a nuestro coordinador y al personal del Hospital Regional de Alta Especialidad en Salud Mental del Estado de Tabasco quienes, durante todo nuestro proceso de formación, nos brindaron un apoyo incondicional, demostrando que un cuidado profesional, de calidad y con empatía y amor por las bases de la enfermería son el principio rector de la atención en salud mental.

Dedicatoria

A mis padres que me formaron con: valores, enseñanza, temple, fortaleza y orgullo por mi familia y mi persona. Mi eterna gratitud y amor infinito.

A dios por permitirme llegar hasta este momento, citando a San Agustín de Hipona: "Ama y haz lo que quieras".

Al Dr. Gonzalo Mauro Manzanilla Soler quien fue el faro que me incentivo día tras día a retomar el camino de la salud mental y verlo materializado hoy, por su guía y su paciencia, mi eterna gratitud.

A mi coordinador Mtro. José María Castro Morales que ha sido un ejemplo de lo que es ser un profesional de la enfermería, un experto de la salud mental y sobre todo el corazón de mi formación académica.

Al Dr. Pedro González Angulo que me guio durante todo el proceso y siempre me dio los mejores consejos.

A Cristian que ha estado conmigo a lo largo de este camino, en los momentos agradables y en los desvelos sin fin, todo mi amor por siempre.

Por último, a mis compañeros de especialidad, que formamos más que un grupo de estudio, una familia pequeña, donde hubo risas, lagrimas, pero siempre y en todo momento apoyo y cariño.

índice

Introducción	1 – 2
Objetivos del estudio de caso	3
Objetivo general	3
Objetivos específicos	3
Capítulo 1. Fundamentación	4 – 7
Capítulo 2. Marco teórico	8
2.1. Marco conceptual	8 – 9
2.2. Marco empírico	10 – 13
2.3. Teoría aplicada al estudio de caso	14 – 15
2.4. Daños a la salud	16 – 29
Capítulo 3. Metodología	30
3.1. Presentación del caso	30 - 37
3.2. Materiales e instrumentos utilizados	38 – 44
Capítulo 4. Aplicación del proceso de atención de enfermería .	45
4.1. Valoración inicial	45 – 47
4.2. Valoración de los once patrones funcionales	48 – 50
4.3. Elaboración de diagnósticos de enfermería jerárquica	51
4.4. Plan de cuidados en enfermería	52 – 67
4.5. Plan de alta	68 – 70
Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones	71 – 74
Referencias	75 – 83
Anexos	84 – 89

Índice de tablas

Tabla 1. Análisis Rasch de la escala de APGAR.

Tabla 2. Uso de la escala DAST-10.

Tabla 3. Interpretación de la escala BDI-II

Tabla 4. Concepto de disfunción sexual de acuerdo con el DSM-IV

Tabla 5. Prevalencia de las disfunciones sexuales.

Tabla 6. Materiales e instrumentos usados en el PAE

Tabla 7. Resultado de las escalas aplicadas.

Introducción

La sexualidad es un factor vital en la salud de todo ser humano y cuando se tiene algún desequilibrio en este rubro, las dificultades en las esferas físicas, psicológica y social se hacen presentes. Anderson¹⁹, explica que las disfunciones sexuales ocurren en ambos sexos y que estas se incrementan con la edad. En el hombre la disfunción sexual es multifacética y algo complicada; así, la disfunción puede ocurrir en cualquier etapa del ciclo sexual, desde el deseo, el orgasmo o la excitación.

Históricamente, el concepto de sexualidad y los trastornos adyacentes a este concepto han tenido un sinnúmero de modificaciones, anexos, retiradas, etc. Debido a la complejidad del término y de sus implicaciones a nivel individual, familiar, comunitario y social.

En México el desconocimiento sobre las disfunciones sexuales es enorme, un sesgo que crece día a día con el aumento de la desinformación, el tabú de los temas sexuales, el desconocimiento de los centros de ayuda y la estigmatización de las personas con padecimientos psiquiátricos. Socialmente, se les percibe como personas inadaptadas, violentas, incontrolables y de menor valía. Este estudio de caso hace énfasis en la importancia de tratar a la persona enferma con un trastorno mental como un individuo pleno de derechos, merecedor de un trato digno, humano y profesional.

El objetivo del estudio de caso que se presenta consiste en elaborar y ejecutar un Proceso de Atención en Enfermería (PAE), basado en los once patrones funcionales de Marjory Gordon, dirigido a una intervención en una persona con alteración del patrón sexualidad – reproducción.

Con el propósito de fundamentar la intervención de enfermería que se llevó a cabo, se desarrollaron cinco capítulos, divididos en dos bloques. En el primer bloque se exponen los conceptos fundamentales, datos estadísticos, cifras y estudios que fundamentan la implementación de este estudio. Se demostrará la relevancia del problema y su impacto social.

En el segundo bloque se describen los aspectos metodológicos y que se siguieron para la evaluación del estudio de caso y la valoración de la persona para finalmente establecer un plan de cuidados.

Objetivos de estudio de caso

Objetivo general

Elaborar un estudio de caso de enfermería en salud mental mediante el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), basado en los once patrones funcionales de Marjory Gordon, dirigido a una intervención en una persona con alteración del patrón sexualidad y reproducción.

Objetivos específicos

1. Efectuar valoración exhaustiva y focalizada a la persona con alteración en el patrón sexualidad y reproducción de Marjory Gordon.
2. Jerarquizar las alteraciones encontradas en los patrones funcionales de la persona.
3. Realizar diagnósticos de enfermería potenciales, reales, de riesgo o de bienestar.
4. Diseñar un plan de cuidados de enfermería especializado en salud mental a una persona con alteración en el patrón sexualidad y reproducción.
5. Ejecutar las intervenciones seleccionadas con énfasis en la prevención, atención y evaluación de la salud mental de la persona.
6. Brindar un plan de alta, especializado e individual, desde el enfoque de autocuidado integral y prevención de riesgos a salud mental y su cuidador principal.

Capítulo 1. Fundamentación

Una vida sexual sana y satisfactoria es necesaria para que toda persona mantenga una salud mental adecuada. Los procesos adyacentes a esta esfera del desarrollo humano son uno de los temas menos investigados y con una relevancia cada vez mayor en la valoración de las necesidades de cuidado de las personas con algún trastorno mental.

El binomio sexualidad y salud mental tienen una correlación por demás preponderante en la atención integral y de calidad por parte de la enfermería en salud mental. Así lo indican las estadísticas. Los trastornos de salud mental entre los hombres adultos constituyen un problema, con estimaciones que oscilan entre el 10 y el 20%. Aunque las tasas de prevalencia están menos establecidas en países de ingresos bajos y medios, las estimaciones oscilan entre el 13% en Brasil, el 18% en Etiopía y el 15% en Sudáfrica¹.

El hecho de no tener un plan de abordaje desde la adolescencia en temas de salud mental genera una serie de implicaciones, como la aparición de otros problemas de salud y el del desarrollo. Una de las premisas en las que se basa este estudio de caso, es llevar a cabo la valoración exhaustiva y focalizada del patrón sexualidad y reproducción que considere a las disfunciones sexuales como parte integral de la salud.

Según Kessler², la prevalencia de la disfunción eréctil en el mundo va desde un 3% hasta un 76.5%. La disfunción eréctil es una forma de disfunción sexual orgánica. Sin embargo, según un estudio publicado por el Massachusetts Institute se identificó una alta prevalencia de disfunción sexual masculina en hombres jóvenes. Esto posiblemente asociado con el uso del Cannabidol (CBD) recreativo.

La revisión y jerarquización de los patrones funcionales alterados en la persona, busca brindar un plan de cuidado óptimo y eficaz, esto en la planeación de acciones de prevención, atención y rehabilitación en el diagnóstico enfermero de disfunción sexual asociado a estresores, para la persona afectada y su cuidador primario.

Una problemática mundial emergente es el uso de drogas recreativas en hombres que tienen sexo con otros hombres, dentro de esta categoría, se ha asociado el incremento de la disfunción sexual masculina con el uso de drogas. Al ocurrir en un contexto sexual, este favorece la realización de prácticas sexuales de riesgo³.

Las drogas, se han consumido en un contexto sexual durante siglos, pero hace cinco años que apareció el fenómeno denominado chemsex, llamando la atención de la comunidad académica. Junto con este, las aplicaciones de contacto tuvieron un boom de exposición en la población homosexual, misma que facilita la geolocalización y la adquisición de las drogas⁴.

Los diagnósticos potenciales, de riesgo, potenciales y de bienestar descritos en esta investigación, brindan un panorama de la problemática de la persona y de cómo su entorno juega un papel preponderante en su proceso de recuperación. Se expone la importancia de brindar cuidados preventivos, de atención inmediata y paliativos tanto para la persona como para su cuidador primario. Existe un consenso en donde el chemsex, implica el consumo de mefedrona, GHB/GBL (ácido gamma/hidroxi-butírico / gamma butirolactona) y/o metanfetaminas. Estas drogas estimulan y prolongan la duración de los encuentros sexuales, al aumentar la excitación, la resistencia y el placer⁴.

La importancia de la prevención en el área de la salud mental esta más que justificada en este estudio de caso, una buena educación sexual, escucha atenta, empatía por la problemática de los hijos en edad temprana y adolescencia, puede ser un factor de protección determinante para prevenir la aparición de enfermedades de transmisión sexual, el desarrollo de patologías mentales y otras dificultades en el desarrollo de los hijos.

Los hallazgos de un estudio en los Estados Unidos indican que el 53% de las personas que contrajeron VIH tenían un diagnóstico psiquiátrico previo y el 44% experimentó trastornos depresivos continuos¹.

La disfunción sexual en hombres genera un impacto directo en la salud mental de la persona, la forma en que es afectado es variada, podemos encontrar casos donde la persona recurre a la práctica de relaciones de riesgo para contrarrestar la impotencia que le genera la disfunción, otras veces, recurre al uso de drogas recreativas, esto para poder estimularse y como paliativo al trastorno mental.

Así, se puede confirmar una correlación entre la disfunción sexual, el uso de drogas recreativas, la salud mental y el incremento de casos de VIH. De acuerdo con el informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH de la Secretaría de Salud (SSA)⁵ desde 1983 y hasta el primer semestre de 2022, en México se ha diagnosticado a 341,313 personas con VIH. De este total, 278,599 (81.6%) son hombres y 62,714 (18.4%) son mujeres. Por grupos de edad, el mayor número de fallecimientos por esta causa se presentó en el grupo de 30 a 44 años, con 2041 casos.

Es importante mencionar que la disfunción sexual de acuerdo con las revisiones aquí mencionadas va más allá de una simple etiqueta diagnóstica, tiene implicaciones en el bienestar emocional de la persona, exponiéndolo a factores de riesgo (relaciones sexuales de riesgo, consumo de sustancias ilícitas, infección por ITS, por mencionar algunos).

El plan de alta aquí propuesto cumple con los estándares de cuidado integral desde la perspectiva de salud mental, dando prioridad a la integridad de la persona, la prevención de la aparición de infecciones oportunistas, el autocuidado, el control de impulsos y el mantenimiento de una buena autoestima.

Se tiene poca información estadística a nivel nacional y estatal de la problemática de salud aquí planteada, se presume en gran medida por ser un tema actual y al que no se ha prestado la atención debida. Otro factor para tomar en cuenta es el desconocimiento por parte de las personas de los lugares donde pueden recibir orientación y ayuda oportuna. Existe un alto grado de estigma asociado con estos padecimientos, puesto que a las personas les produce vergüenza y eso complica la búsqueda de atención oportuna.

Capítulo 2. Marco teórico

2.1. Marco conceptual

Salud mental

La salud mental, de acuerdo con la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a la comunidad⁶.

Sexualidad

La sexualidad es un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca múltiples dimensiones, entre ellas destacan: el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de los pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre⁹.

Disfunción sexual

Consiste en una serie de alteraciones persistentes y recurrentes de la respuesta humana. Son procesos de naturaleza erótica que se consideran indeseables y se presentan en forma de síndromes, es decir, como un grupo de síntomas que permiten la identificación de grupos de personas con síntomas similares, no así las causas que la provocan¹⁰.

Chemsex

Es una práctica que involucra el uso de sustancias psicoactivas de manera previa a la actividad sexual. Dicha práctica se lleva a cabo entre hombres que tienen sexo con personas del mismo sexo¹¹.

Consejería psicológica

Es el asesoramiento profesional impartido por un especialista en salud mental que capacita a diversas personas, familias y grupos para alcanzar objetivos de salud mental, bienestar, educación y carrera profesional¹².

Enfermería en salud mental

Área especializada de la práctica de enfermería que emplea una variedad de teorías explicativas del comportamiento humano como su ciencia y el uso apropiado de la misma como arte¹⁴.

Psicoeducación

Es el proceso por el que la persona tiene la posibilidad de desarrollar potencialidades propias basándose en el descubrimiento de sus fortalezas. Este proceso le lleva a ser capaz de analizar y enfrentarse a las situaciones cotidianas de una forma más adaptativa a como lo ha venido haciendo⁶⁵.

2.2. Marco empírico

Se lleva a cabo la revisión bibliográfica en las bases de datos electrónicas: PubMed, biblioteca virtual UNAM, Scielo, entre otras, y con los siguientes descriptores: salud mental, sexualidad, disfunción sexual, chemsex, consejería psicológica, VIH y enfermería en salud mental, se realizó un análisis exhaustivo de artículos científicos, manuales de procedimientos y estudios comparativos que se utilizaron como evidencia teórica para el presente estudio de caso.

Chávez, et al¹⁵ al explicar el contexto histórico de la enfermería psiquiátrica y de la salud mental en México, brinda un panorama de su evolución y de cómo se convirtió de ser un simple oficio a una profesión de carácter científico. Siguiendo con esta línea, Gabrielsson¹⁶ nos desglosa el futuro de la psiquiatría y la salud mental desde la perspectiva de la enfermería. Cuidadoras profesionales, reflexivas, orientadas, promotoras de la salud, todas estas características son asociadas a las enfermeras especialistas en salud mental.

Martínez¹⁴, describe a la enfermería en salud mental como “un área especializada de la práctica de enfermería que emplea una variedad de teorías explicativas del comportamiento humano como su ciencia y el uso apropiado de la misma como su arte”. Lo anterior nos da un panorama de la importancia de la enfermería en salud mental y de como una profesión puede ser un pilar fundamental de la correcta atención de las personas, familias y comunidades con algún trastorno mental.

En este estudio de caso, el tema de la sexualidad es de vital importancia. Soto¹⁷ nos explica en su texto que, a nivel teórico, la sexualidad es una construcción social compleja que aparece a finales del siglo XIX y que se instaura rápidamente en el imaginario colectivo, de tal manera que hoy en día la percibimos como ancestral e inmodificable.

Partiendo de la premisa anterior Venegas¹⁸, analiza la representación de la sexualidad en las masculinidades, atendiendo a un contexto social de referencia. Afirma que la máscara de la masculinidad es el resultado del conflicto y las contradicciones con que los hombres gestionan, por un lado, las normas internalizadas en su socialización sexual y de género, y por otro, las que dan contenido a la resistencia que se activa en su subjetivación sexual y de género.

La sexualidad es un factor vital en la salud de todo ser humano y cuando se tiene algún desequilibrio en este rubro, las dificultades en las esferas físicas, psicológica y social se hacen presentes. Anderson¹⁹, explica que las disfunciones sexuales ocurren en ambos sexos y que estas se incrementan con la edad. En el hombre la disfunción sexual es multifacética y algo complicada; así, la disfunción puede ocurrir en cualquier etapa del ciclo sexual, desde el deseo, el orgasmo o la excitación.

Mollaioli²⁰, analiza los factores de riesgo en la disfunción sexual masculina y los enlista de la siguiente manera: obesidad, dieta desequilibrada, inactividad física, tabaquismo, abuso de alcohol, consumo de drogas (marihuana, cocaína, metanfetamina, heroína y éxtasis) y el estrés crónico. De igual manera, este estudio refiere que los cambios en el estilo de vida representan la primera opción terapéutica para el tratamiento de la disfunción sexual tanto en hombres como en mujeres.

Una práctica sexual emergente y riesgosa es el denominado chemsex o slamsex. Bohn¹¹, define al chemsex como una práctica que involucra el uso de sustancias psicoactivas de manera previa a la actividad sexual. Dicha práctica se lleva a cabo entre hombres que tienen sexo con personas del mismo sexo. Este tipo de prácticas incrementa significativamente la posibilidad de infección de alguna ITS entre los participantes, como lo indica Dolegeovich-Segal H²¹, en su estudio comparativo sobre hombres seropositivos que usan alguna droga inyectable durante la práctica sexual, arrojando como resultado que el 26.5% de los participantes que no usaron algún tipo de droga inyectable no adquirieron ninguna infección de ITS contra el 45.6% que sí adquirieron alguna durante el año de estudio.

Tomkins, et al²², en su estudio sobre el efecto de las drogas sexuales y el incremento en el riesgo, nos explica que existe una tendencia a la aparición de enfermedades de salud mental en pacientes que usan drogas sexuales habitualmente, dentro de las que se enumeran: depresión, ansiedad y psicosis. Continuando con el binomio salud mental – chemsex, Íncera-Fernández, et al²³, deduce en su estudio sobre síntomas de salud mental asociados con las drogas sexuales en el chemsex demostró que de acuerdo con los 9 estudios realizados (75%) indicaron que hay una relación entre el chemsex y la aparición de trastornos mentales. La depresión fue la patología más frecuente en los estudios realizados, con el 50% de resultados positivos en la asociación entre el chemsex y los síntomas depresivos. En cuanto a la ansiedad, el 33% encontró un resultado positivo entre el chemsex y la aparición de síntomas de ansiedad.

Bohn, et al¹¹, describe los síntomas psiquiátricos más frecuentes en los practicantes de chemsex, que incluyen: síntomas depresivos, síntomas de ansiedad generalizada, síntomas somáticos, trauma, intento de suicidio, actos sexuales no consensuados y enfermedades infecciosas. Todas las puntuaciones medias de las medidas de salud mental fueron significativamente más altas para el grupo de chemsex.

Uno de los resultados menos deseados en cualquier práctica sexual es la presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS). Dentro de las cuales encontramos al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). La Secretaría de Salud de México (SSA)¹³, en su manual para la atención del VIH/SIDA, nos explica sobre los mecanismos de transmisión, así como la tasa de infección en nuestro país, la cual tenía una prevalencia nacional alrededor de los 0.2 casos por cada 100 personas de 15-49 años. Esta escala es por demás esclarecedora si agregamos que el número de hombres infectados en el periodo que va desde el inicio de la pandemia hasta el 31 de diciembre de 2019 es de 306,277 casos, de los cuales 81.1% son hombres. A nivel estatal, en el año 2019, de acuerdo con la SSA, Tabasco ocupa el séptimo lugar a nivel nacional en el número de incidencias, con 22.0 por cada 100,000 habitantes.

Con toda la evidencia recopilada, se hace notorio que, desde la perspectiva de la enfermería, se debe generar una intervención que tenga comprobada efectividad. Foy, et al²⁴, en su estudio sobre el acceso a la terapia psicológica y consejería de primer nivel, nos reporta que el 80.9% de los entrevistados cursaban un cuadro de depresión, 98.72% un cuadro de ansiedad, seguido por 69.50% con bajo estado de ánimo y no menos importante un 52.9% con riesgo suicida.

La sexualidad es parte de la salud, que históricamente ha sido menos abordada en su vinculación con la salud mental. Esto es fundamental desde las intervenciones de enfermería. La importancia para salud radica en que existen prácticas sexuales de riesgo (chemsex), que pueden derivar en problemas emocionales, como se ha descrito en la literatura. Más que considerar la disfunción sexual como una enfermedad mental, estos padecimientos, al no ser atendidos, podrían traer complicaciones en el bienestar emocional de la persona, de ahí la importancia de su adecuada valoración desde el enfermero especialista en salud mental.

2.3. Teoría aplicada al estudio de caso

Modelo de once patrones funcionales de Marjory Gordon

El uso de los once patrones funcionales es adecuado para esta valoración de la persona con algún trastorno mental debido a la especificidad de los apartados que nos dan el panorama completo de su estado de salud. En perspectiva, son una configuración de comportamientos que brindan herramientas a las personas para mantener y mejorar su salud y calidad de vida.

Un patrón de salud se entiende desde el modelo como aquella respuesta o grupo de respuestas que describen un grado de función corporal que contribuye a mantener el estado de salud, la calidad de vida y la realización del potencial humano²⁶. Marjory Gordon enumeró once patrones funcionales de conducta, los cuales enumera a continuación:

- Patrón 1. Percepción-manejo de la salud.
- Patrón 2. Nutricional-metabólico.
- Patrón 3. Eliminación.
- Patrón 4. Actividad-ejercicio.
- Patrón 5. Sueño-descanso.
- Patrón 6. Cognitivo-perceptivo.
- Patrón 7. Autopercepción-autoconcepto.
- Patrón 8. Rol-relaciones.
- Patrón 9. Sexualidad-reproducción.
- Patrón 10. Adaptación-tolerancia al estrés.
- Patrón 11. Valores y creencias²⁷.

Desde la perspectiva de este estudio de caso es posible emplear dos herramientas esenciales, la taxonomía NANDA y el PAE, cada uno complementario al otro. La importancia de encontrar patrones focalizados es brindar prioridad a las necesidades de la persona, de esta forma se brinda una atención óptima y de

calidad, no desde la perspectiva del profesional de salud sino del receptor de los cuidados profesionales.

2.4. Daños a la salud

Sexualidad

La palabra sexualidad siempre ha estado ligada a procesos cognitivos de reserva, cohibición, interioridad y secrecía, ya sea por el modelo social y cultural en el que se desenvuelve el grupo social determinado.

La disfunción sexual como tal, fue tratada desde sus inicios partiendo desde la perspectiva femenina, ya que se le atribuía a la mujer esta desventaja en particular, dando un panorama de la desigualdad a la que se enfrentaban durante el proceso de discomfort en la relación. Esto siempre asociado al rol ineficaz en la parte femenina de la misma.

En el informe de 1998 de la Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures (TFPDPP)⁴⁰, se incluye entre los tratamientos empíricamente validados, en concreto entre los tratamientos probablemente eficaces, los siguientes:

1. Aproximación de tratamiento combinado de Hurlbert para el bajo deseo sexual femenino⁴¹.
2. Terapia sexual de Másters y Johnson para la disfunción orgásmica femenina⁴².
3. Combinación de terapia sexual y marital de Zimmer para el bajo deseo sexual femenino⁴³.

De esta manera podemos comprobar que existen tratamientos eficaces y validados para la disfunción sexual, pero una vez más centrados únicamente en la mujer y únicamente para cierto tipo de disfunciones sexuales.

En el artículo de O'Donohue, et al⁴⁴, referente a la investigación sobre las disfunciones sexuales masculinas, de estas se centra en las intervenciones psicológicas y que tanto de estas puede ser validado y considerado como un conocimiento verdadero. De estos solo 19 de los 98 trabajos revisados cumplen con los criterios de validación e inclusión para ser considerados aceptables.

Revelando de esta forma que no existen tratamientos correctamente establecidos en la esfera psicológica para el tratamiento de las disfunciones sexual masculinas y que, por lo tanto, el trabajo de investigación y de campo queda inconcluso y pobremente, al menos desde la perspectiva metodológica, ejecutado.

Características y criterios diagnósticos

De acuerdo con el DSM-V⁴⁵, son todas aquellas alteraciones (esencialmente inhibiciones) que se producen en cualquiera de las fases de respuesta sexual y que impiden o dificultan el disfrute satisfactorio de la sexualidad. Dentro de la clasificación de las disfunciones sexuales, APA considera que estas pueden ser:

1. Trastorno del deseo sexual, que incluye deseo sexual inhibido (o hipoactivo) y trastorno por aversión al sexo.
2. Trastorno de la excitación sexual, diferenciándolo en el hombre (trastorno de erección) y en la mujer.
3. Trastorno del orgasmo, diferenciándolo también entre disfunción orgásmica femenina y masculina e incluyendo además una categoría específica para el diagnóstico de la eyaculación precoz.
4. Trastornos sexuales por dolor, que comprenden la dispareunia y el vaginismo. A estas categorías se añaden: disfunción sexual debido a la condición médica general, disfunción sexual indicada por sustancias y disfunción sexual no especificada⁴⁵.

Disfunciones sexuales en el DSM-V

Trastornos del deseo sexual (TDS)	
TDS hipoactivo	Déficit o ausencia persistente o recurrente en las fantasías sexuales y el deseo de la actividad sexual.
Trastorno de la aversión al sexo	Aversión extrema, persistente o recurrente, con evitación de todos o casi todos los contactos sexuales con una pareja.
TES femenino	Fallo parcial o completo, recurrente o persistente, en la obtención o mantenimiento de la respuesta sexual hasta la terminación de la actividad sexual.
Trastorno de la erección en el hombre	Incapacidad persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual.
Trastornos del orgasmo	
Disfunción orgásmica femenina	Ausencia o retraso del orgasmo, tras una fase de excitación normal, en el transcurso de una actividad sexual adecuada en cuanto al tipo de estimulación, intensidad y duración.
Disfunción orgásmica masculina	Ausencia o retraso del orgasmo, tras una fase de excitación normal, en el transcurso de una actividad sexual adecuada en cuanto al tipo de estimulación, intensidad y duración.

Eyacuación precoz	Eyacuación ante una estimulación sexual mínima, antes o poco después de la penetración y antes de que la persona lo desee.
Trastorno por dolor	
Dispareunia	Dolor genital persistente o recurrente asociado al coito y no debido exclusivamente a vaginismo o falta de lubricación.
Vaginismo	Aparición persistente o recurrente de espasmos involuntarios en el tercio externo de la vagina que interfiere con el coito.
Disfunción sexual debido a la condición médica general	
Disfunción sexual clínicamente significativa que provoca un marcado malestar y dificultades interpersonales y que se explica por completo por los efectos fisiológicos de una condición médica general.	
Disfunción sexual inducida por sustancias	
Disfunción sexual clínicamente significativa que se explica por completo por la intoxicación de una sustancia o por el uso de una medicación.	
Disfunción sexual no especificada	
Disfunción sexual de origen y etiología desconocida o que cumple con criterios en otra subcategoría.	
Tabla 4. Concepto de disfunción sexual de acuerdo con el DSM-V ⁴⁵ .	

Cada disfunción sexual se puede caracterizar por tres parámetros esenciales: si ha sucedido desde todo el lapso de vida de la persona (ha estado presente desde el inicio de su vida sexual) o ha sido adquirida (se ha desarrollado después de un periodo en el que el funcionamiento sexual se considera normal), también tenemos que tomar en cuenta si es de un tipo generalizada (ocurre en todas las relaciones sexuales) o de manera específica (ocurre en una determinada situación, que

involucra una cierta estimulación, pareja o situaciones), y finalmente, si se debe a factores psicológicos, a una combinación de factores psicológicos y físicos o incluso al abuso de sustancias, mismas que pueden cambiar el comportamiento sexual y su funcionalidad.

De igual manera, es importante recalcar que para que se cumpla el criterio diagnóstico se debe descartar el curso de otro trastorno que esté alterando la vida sexual de la persona, por ejemplo, una depresión mayor.

Por su parte, el CIE-10, arroja un notable paralelismo con la clasificación del DSM-IV, entre las que incluye las disfunciones sexuales orgánicas y que se enumeran a continuación:

1. Impulso sexual excesivo (esta categoría no se encuentra dentro del DSM-IV).
2. Ausencia o pérdida del deseo sexual.
3. Rechazo y ausencia del placer sexual.
4. Disfunción orgásmica.
5. Eyaculación precoz.
6. Dispareunia no orgánica.
7. Vaginismo no orgánico.
8. Otras disfunciones sexuales⁴⁶.

Datos epidemiológicos

No se tienen datos exactos sobre el número, intensidad o prevalencia de las disfunciones sexuales en la población en general, pero si se tienen suficientes estudios para corroborar que existe un porcentaje elevado de la población (hombres y mujeres) que padecen o han padecido alguna disfunción sexual a lo largo de su vida.

Nathan⁴⁷, en su revisión de estudios donde se incluyeron entre 32 a 33 estudios, afirma que, las disfunciones sexuales en general oscilan entre el 24-26% de la población en general.

Prevalencia de las disfunciones sexuales (expresadas en tanto por ciento)

	Población general		Población clínica	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
TDS Hipoactivo	1-15	1-35	5	
T. aversión al sexo				
TES femenino		19-44		2
Trastorno de erección	10-20		50	
Disforia orgásmica femenina		5-30		24-37
Disforia orgásmica masculina	4-10		3-8	
Eyacuación precoz	36-38		15-46	
Dispareunia	3	10-15		
Vaginismo				12-17

Tabla 5. Prevalencia de las disfunciones sexuales.

Disfunción sexual masculina

Trastornos de la erección

En el caso de la disfunción eréctil (DE) las opciones de tratamiento consisten en determinar la etiología de la enfermedad y en tratarla de manera integral y no solo el tratamiento de los síntomas. La DE se asocia a factores reversibles y modificables, por ejemplo, factores relacionados con estilos de vida o ciertos medicamentos. Es imperativo reconocer que, aunque puede tratarse la DE, esta no tiene cura⁴⁸.

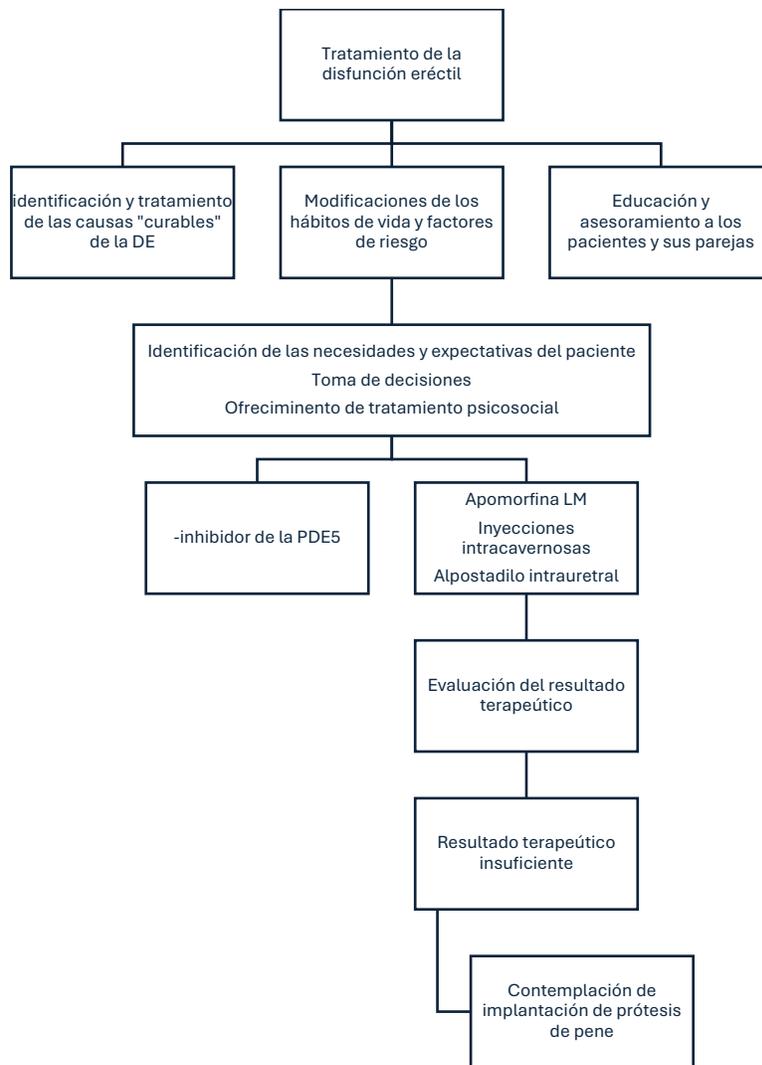


Figura 1. Tratamiento de la disfunción eréctil. McAnne, F. 2016. Sexual Dysfunction in men. Global Science. www.science.us/urology.html.

Eyacuación precoz

La eyacuación precoz (EP) es cuando esta se produce antes de lo que un hombre o su pareja preferirían durante el sexo, dentro de un periodo de tiempo definido, generalmente menos de 2 o 3 minutos⁴⁹.

Causas de la EP

1. Serotonina. Ya que los niveles bajos pueden reducir el tiempo hasta la eyacuación y generar EP.
2. Problemas emocionales. No es una causa directa de la EP, aunque hacerlo puede provocar cambios en las erecciones y la eyacuación⁴⁹.

Tratamiento de la EP

La terapia psicológica, la terapia conductual (ejercicios sexuales) y los fármacos son los tratamientos principales para la EP.

1. Terapia psicológica. Es una forma de resolver las cuestiones sentimentales que pueden provocar problemas con las relaciones sexuales. El objetivo de este tipo de terapia es conocer el origen de los problemas y buscar soluciones que puedan ayudar con la EP.
2. Terapia cognitivo – conductual. Emplea ejercicios que ayudan a generar tolerancia para retardar la eyacuación. El método más utilizado es el de parada – arranque.
3. Tratamiento farmacológico. Dentro de los fármacos más utilizados para tratar la EP, podemos dividirlos en dos grupos: los tratamientos de uso no aprobado para la EP, donde encontramos casos como los inhibidores de la fosfodiesterasa-5 y los tratamientos de uso no aprobado para la eyacuación precoz con evidencia establecida como ciertos tipos de ISRS (paroxetina, sertralina, fluoxetina, citalopram)⁵⁰.

Disfunción sexual causada por medicamentos

La disfunción sexual es común en hombres y aumenta con la edad. Hay varios tipos de disfunción sexual masculina: a) disminución de la libido, b) disfunción eréctil, c) trastornos de la eyaculación⁵¹.

Fármacos que producen disfunción sexual

La disfunción sexual es un efecto secundario común en pacientes que abusan de drogas recreativas o bien que utilizan regímenes terapéuticos de medicamentos (principalmente antihipertensivos, psicotrópicos o medicamentos genitourinarios). Existen otros agentes prescritos frecuentemente, que se sabe que causan DS, pero que no se discuten de forma exhaustiva⁵¹.

Antidepresivos

Los efectos secundarios sexuales pueden ocurrir con todos los antidepresivos: ISRSN, IMAO y los ISRS. La depresión mayor también puede provocar la DS y el tratamiento con ISRS puede mejorar la satisfacción⁵².

Drogas recreativas

Con la excepción de la metadona, las drogas recreativas nunca o rara vez se utilizan en terapéutica. Como tal, el tratamiento de la DS inducida por drogas recreativas es por lo general la interrupción del agente en cuestión. Con la excepción del alcoholismo crónico, en el que hasta el 50% de los pacientes pueden permanecer impotentes años después de la sobriedad, la mayoría de los casos de DS inducida por drogas recreativas son transitorios y fácilmente reversible⁴⁵.

Infección por VIH/SIDA

La infección por VIH ataca el sistema inmunitario, y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es la fase más avanzada de la enfermedad⁵³.

El VIH ataca a los glóbulos blancos, debilitando el sistema inmunitario, y esto hace que sea más fácil contraer enfermedades oportunistas como la tuberculosis, infecciones endémicas y algunos tipos de cáncer⁵³.

Se transmite a través de los líquidos corporales de las personas infectadas, como sangre, leche materna, semen y secreciones vaginales. No se transmiten por besos o abrazos ni por compartir alimentos. También pueden transmitirse de madre a hijo durante el embarazo y el parto⁵³.

Signos y síntomas

Los síntomas por la infección de VIH difieren según el estadio en que se encuentre. En las primeras semanas posteriores al contagio, algunos casos no manifiestan ningún síntoma, mientras que otros presentan un síndrome gripal con: fiebre, dolor de cabeza, erupción cutánea, dolor de garganta, entre otros⁵⁴.

A medida que la infección debilita progresivamente el sistema inmunitario, pueden aparecer otros signos y síntomas, como: inflamación de los ganglios linfáticos, pérdida de peso, fiebre, diarrea, tos, entre otras⁵⁴.

Y en ausencia de tratamiento, pueden aparecer enfermedades graves como: tuberculosis, infecciones bacterianas graves y cánceres como los linfomas o el sarcoma de Kaposi^{54,55}.

Tratamiento

Debido a las complicaciones relacionadas con la enfermedad que pueden ocurrir en pacientes no tratados con recuentos altos de CD4, y como se han desarrollado fármacos menos tóxicos, se recomienda el tratamiento con terapia antirretroviral (TAR) para casi todos los pacientes. Los beneficios del TAR superan los riesgos en cada grupo de pacientes y en el entorno en que ha sido cuidadosamente estudiado⁵⁶.

Con el tratamiento adecuado se intenta:

- Reducir el nivel plasmático de RNA de HIV hasta hacerlo indetectable (es decir, entre 20 a 50 copias/mL).
- Restaurar el recuento de CD4 a un nivel normal (restauración o reconstrucción inmunitaria).

Salud mental y VIH

Estigma y discriminación

La presencia de múltiples formas de estigma (confirmado, anticipado, percibido, estructural e internalizado) y discriminación, crean obstáculos para la salud y el bienestar de las personas que padecen trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias. El estigma y la discriminación pueden estar asociados con el VIH, el consumo de sustancias, los trastornos mentales y algunos síntomas conductuales⁵⁷.

En los entornos de atención sanitaria, los factores que impulsan el estigma relacionado con el VIH y los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias son, entre otros, la asociación del trastorno o el comportamiento con la culpa; la falta de consciencia sobre el estigma y sus repercusiones; los mitos sobre este tipo de trastornos; el escaso conocimiento; y las políticas y prácticas institucionales⁵⁸.

Promoción de la salud mental en personas con VIH

La promoción de la salud mental fomenta las competencias individuales, los recursos y el bienestar mental de todas las personas.

Las siguientes intervenciones podrían llevarse a cabo principalmente en la comunidad y conlleva la vinculación con organizaciones comunitarias y sectores ajenos al sistema de salud:

1. Crear oportunidades de empleo.
2. Promover leyes contra la discriminación.
3. Despenalizar a las personas pertenecientes a los grupos de población clave.
4. Apoyar a las personas que han sobrevivido a la violencia de género y llevar a cabo intervenciones comunitarias encaminadas a prevenir la violencia.
5. Crear entornos propios mediante intervenciones en las escuelas.
6. Fortalecer acciones comunitarias conectando a las personas con los recursos, creando capital social y desarrollando competencias personales tales como la resiliencia.
7. Reorientar los servicios de salud, como, por ejemplo, realizar pruebas de cribado para la depresión perinatal⁵⁸.

Trastorno por consumo de sustancias

Los trastornos por uso de sustancias involucran a un patrón patológico de comportamientos en los que los pacientes continúan utilizando una sustancia a pesar de experimentar problemas significativos relacionados con el uso⁵⁹.

Efectos fisiológicos del uso de sustancias

Estas sustancias activan directamente el sistema de recompensa del encéfalo y producen una sensación de placer. La activación puede ser tan intensa que las personas anhelan demasiado la sustancia y descuidan sus actividades normales para obtenerla y utilizarla. También tienen efectos fisiológicos directos, incluyendo: intoxicación, abstinencia y trastornos psiquiátricos inducidos por sustancias⁵⁹.

Trastornos psiquiátricos inducidos por sustancias

Son cambios mentales producidos por el uso o la abstinencia de sustancias que se asemejan a trastornos psiquiátricos independientes (p. ej., depresión, psicosis, ansiedad o trastornos neurocognitivos).

Para que un trastorno psiquiátrico se considere inducido por sustancias, se debe hacer documentado que la sustancia es capaz de causar el trastorno. Dentro de las reglas para considerarlo podemos encontrar.

1. Aparecer dentro de 1 mes de la intoxicación o de la abstinencia de la sustancia.
2. Provocar un malestar significativo o deterioro de la función.
3. No se ha manifestado antes del uso de la sustancia.
4. No ocurre exclusivamente durante el delirio agudo causado por la sustancia.
5. No persiste durante un periodo sustancial⁶⁰.

Diagnóstico de los trastornos por uso de sustancias

Criterios diagnósticos

El diagnóstico de trastorno por uso de sustancias se basa en la identificación de un patrón patológico de comportamientos en el que los pacientes continúan utilizando una sustancia a pesar de experimentar problemas significativos relacionados con

su uso. El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition, Text Revision (DSM5-TR) (American Psychiatric Association, 2021) menciona 11 criterios divididos en 4 categorías. En las personas que cumplen 2 o más criterios dentro de un periodo de 12 meses se considera un trastorno por uso de sustancias⁶¹.

Tratamiento de los trastornos por uso de sustancias

Las anfetaminas son psicoestimulantes pertenecientes a la familia química de las fenetilaminas. Producen aumentos en el estado de alerta y atención y disminuyen las percepciones de fatiga y el apetito. La molécula de anfetamina está emparentada estructuralmente con el alcaloide vegetal efedrina; es una amina simpaticomimética de acción en el sistema nervioso central⁶².

Capítulo 3. Metodología

3.1. Presentación del caso

El presente caso de estudio se ubicó en el Hospital Regional de Alta Especialidad en Salud Mental Villahermosa. Se llevó a cabo con un participante de sexo masculino, identificado como MF, quien aceptó la invitación para participar de manera voluntaria en el estudio de caso. El participante, de alrededor de 33 años, es soltero, con licenciatura trunca, de religión mormona, desempleado, originario y residente del estado de Tabasco.

MF refiere tener problemas con sus prácticas sexuales, manifiesta sentirse ansioso, con culpa, esperanzado en que pronto encontrará empleo, con una ligera impotencia por no cambiar sus prácticas sexuales, apatía por realizar actividades que antes le parecían placenteras, muestra interés por empezar un proceso terapéutico, le gustaría recibir apoyo para dejar su adicción a las drogas recreativas de uso sexual. Presenta falta de atención, ansiedad, contracciones musculares, náuseas, sabor metálico en la boca, cefalea, cansancio, pirosis y distensión abdominal. Menciona que la distensión abdominal solo se presenta al término de las relaciones sexuales y lo asocia con estas últimas. Indica que desde que comenzó la pandemia ha salido menos de su hogar, dejó de estudiar hace 1 año y perdió su empleo hace 6 meses.

Comenta que le gustaría terminar su licenciatura, pero que por el momento no cuenta con los recursos para hacerlo, comenta que su familia lo apoya. Recibe un apoyo mensual de cinco mil pesos mensuales por parte de su padre y refiere que sus problemas personales se derivan del exceso de tiempo libre con el que cuenta.

Las intervenciones de enfermería se llevaron a cabo durante 7 meses. Desde el 05 de febrero al 30 de agosto de 2023. Se realizaron las intervenciones dentro del hogar del participante y posterior, en el Centro de Atención de las Adicciones de la

Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días “ANANDA”, con previa autorización del equipo de atención del centro.

Contexto del estudio de caso

Este estudio de caso es de carácter descriptivo. La elección del tema es por interés académico en un tema relevante en la actualidad y que ha cobrado notoriedad por el incremento de casos en el estado de Tabasco. La institución que atiende esta problemática es el Hospital Regional de Alta Especialidad de Salud Mental Villahermosa, el cual fue fundado el 23 de marzo de 1962, donde se atiende a las personas con algún trastorno mental, así como sus familias desde un modelo que abarca las tres áreas que influyen y determinan la conducta humana en general; lo biológico, lo psicológico y lo social. Maneja los tres niveles de atención y atiende a toda la población tabasqueña, así como personas del sureste del país. Dentro de los servicios con los que cuenta se enlistan; consulta externa, urgencias, hospitalización de usuarios crónicos, hospitalización de usuarios agudos o de corta estancia, laboratorio de análisis clínicos, servicio de odontología integral, atención psicológica para usuarios, programa de rehabilitación y reinserción social y el área de educación en salud. El hospital cuenta con una plantilla de profesionales de la salud donde se incluyen; médicos generales, médicos psiquiatras, enfermeros generales y especialistas en salud mental, odontólogos, nutricionistas, trabajadores sociales, psicólogos y personal de áreas comunes. Es el Hospital de Salud Mental de tercer nivel único en el sureste que se encarga de la atención de los pacientes con algún trastorno mental y del manejo integral de la familia, la comunidad y la sociedad en temas de salud mental.

Criterios de inclusión y exclusión

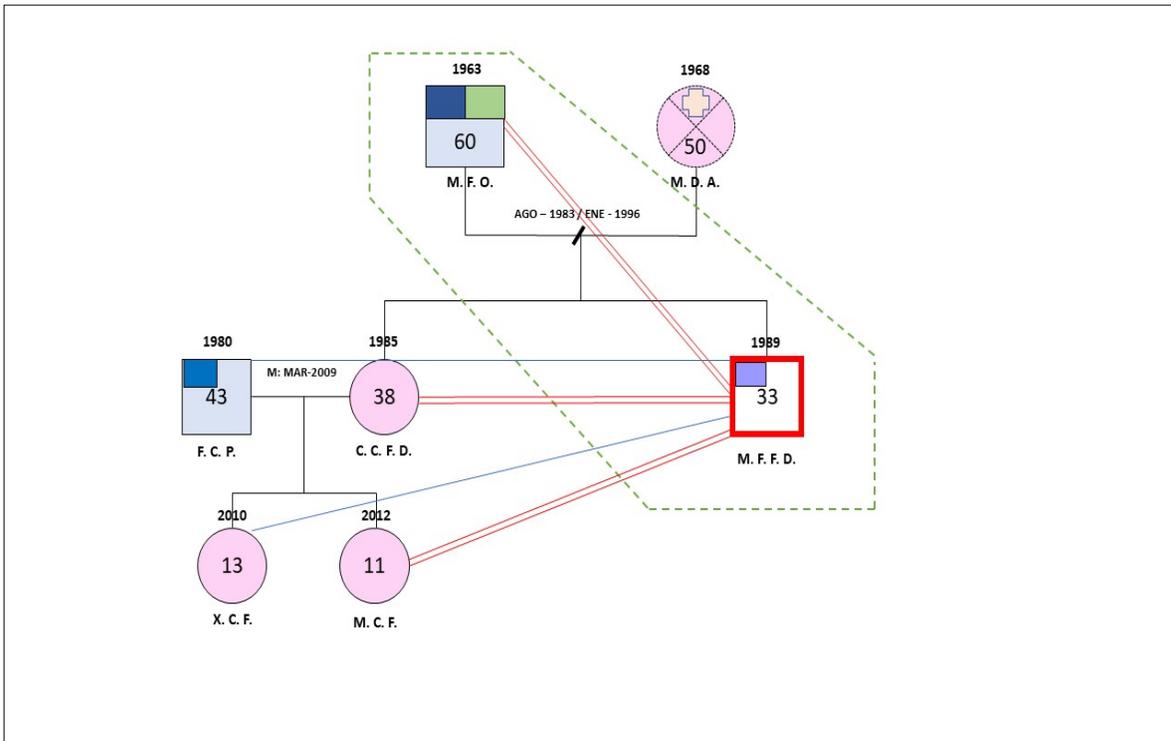
Se ha elegido para coincidir con los criterios de inclusión: persona en tratamiento ambulatorio estable dentro del Hospital Regional de Alta Especialidad en Salud Mental Villahermosa, que aceptara participar voluntariamente en el estudio de caso,

que fuera mayor de edad, que tuviera el interés de colaborar con el estudio de caso, que fuera residente del municipio de Centro en Tabasco y que no fuera menor de edad.

Dentro de los criterios de exclusión se consideraron los siguientes tópicos: mujeres, menores de edad, que no tengan expediente clínico en el Hospital Regional de Alta Especialidad en Salud Mental Villahermosa, que presente alguna discapacidad que le impida responder a los instrumentos de valoración, que no viva en el municipio de Centro, Tabasco, que no esté dispuesto a formar parte del estudio de caso.

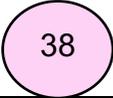
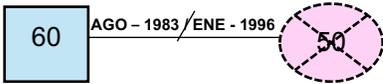
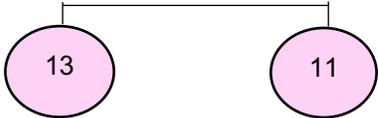
Entorno familiar del participante

Familiograma



La familia F. D. de la cual es miembro la persona de este estudio de caso, está conformada por una familia estructurada, donde el padre de familia tuvo un matrimonio con la madre de la persona y posterior una separación en el año 1996, aunque nunca se divorciaron y el padre continuó llegando al domicilio familiar y continuó siendo la principal fuente de sustento de la familia. De la unión del matrimonio en primer lugar de progenitura se encuentra la hermana de la persona con 38 años, casada y con dos hijas, la mayor de 13 años y la menor de 11 años. La madre falleció en el año 2018 con 50 años. El padre vive actualmente con M.F.F.D. en la casa de la familia para poder cuidar de él y velar por sus intereses. La persona mantiene una relación estrecha con su padre, su hermana y su sobrina más pequeña y una relación cercana con su cuñado y su sobrina mayor.

Interpretación del Familiograma

Simbología	Interpretación
	Hombre
	Mujer
	Casados Desde marzo de 2009
	Separados Separados en enero de 1996
	Madre fallecida (nació en 1968 y murió en el año 2018).
	Hijas (13 y 11 años).
	Persona identificada
	Abuso de alcohol
	Hipertensión
	Esclerosis múltiple
	Abuso de sustancias (drogas)
	Miembros que viven juntos Desde 2018 (información sic persona)
Relaciones afectivas	
	Muy estrecha
	Cercana
	Conflictiva

Descripción del entorno familiar

M.F. comienza relatando que su madre fallece en el año 2019, a causa de esclerosis múltiple, el participante era su cuidador principal. MF aún no acepta la pérdida, refiere sentimientos de tristeza, ya que ella era su principal apoyo emocional. Durante la entrevista prefiere no profundizar mucho en este tema, aunque acepta retomarlo en sesiones posteriores. Menciona que, aunque se siente muy triste por la muerte de su madre, al mismo tiempo tiene una sensación de paz al notar que su madre, ya no sufre más.

Actualmente, vive en la casa que le heredó su mamá, expone que a raíz de esta herencia su padre se había distanciado de él durante un tiempo, ya que los deseos de este último era que se compartiera la titularidad del inmueble entre él y su hermana, por lo que le solicitó que incluyera a su hermana en las escrituras, petición con la cual no estuvo de acuerdo él.

Afirma que actualmente su relación con su padre y su hermana es buena. Niega haber sido víctima de abuso sexual y confirma que le preocupa en especial su adicción al sexo con estimulantes, en específico la droga mefedrona, el GHB y la marihuana. Menciona que estas las usa cada que va a tener relaciones sexuales, pero nunca fuera de ellas. Refiere que a raíz de este consumo se han incrementado su tristeza, depresión, ansiedad y problemas para conciliar el sueño, así como malestares estomacales. Comenta que el síntoma que más le preocupa es la aparición de disfunción sexual, ya que le cuesta hasta el triple de tiempo llegar al orgasmo y que la mayoría de las veces no lo logra, que la disfunción sexual fue la causa por la que comenzó a consumir en un principio.

Menciona que tuvo un encuentro con un terapeuta que lo atendía dentro de un centro de atención médica, pero que esto solo empeoró la situación. Refiere que desde el 2018 practica habitualmente el chemsex, la cual fue descubierta por recomendación de un amigo. Reconoce que es una práctica riesgosa, pero asume

que todos los que están en el grupo de encuentro tienen su misma condición de salud.

El día 05 de junio de 2023 y de forma voluntaria fue ingresado en el centro de rehabilitación psicológica y espiritual Ananda, para tratar su adicción. Se realiza visita semanal periódica todos los viernes en horario de 10:00 a.m. a 11:00 a.m.

Durante su estancia en el centro, se logró implementar actividades de psicoeducación con autorización de la dirección del centro. Su evolución ha sido favorable y ha tenido avances significativos en su recuperación desde el proceso de desintoxicación hasta la implementación de educación para el afrontamiento de su problemática y su reinserción a la vida productiva.

Fuentes de información

Primaria, se obtuvo por medio de la entrevista inicial, posterior, se llevó a cabo la valoración con el modelo de 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, somatometría, toma de signos vitales y exploración física.

Como fuente secundaria, se entrevistó al cuidador principal, su tutor y padre del participante, explicándole el proceso del estudio de caso y anotando sus inquietudes y dudas.

Dentro de las peticiones especiales se incluía lo siguiente: no se podrá involucrar a profesionales de la salud del sexo femenino para las intervenciones, únicamente se permitirá el acceso del profesional de enfermería que hizo el primer contacto al domicilio de la persona, no se tomarían fotografías ni videos de la persona ni de su entorno, ya que el uso de estas transgrede los derechos de las personas. Es una práctica inadecuada que atenta contra la integridad de las personas. Se tuvo total cooperación de parte del tutor y de los miembros de la iglesia a la que pertenece el participante, incluyendo al cuerpo de profesionales de salud del centro de

rehabilitación de la iglesia (médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, promotores de la salud, etc.).

Consideraciones éticas

Para la presentación de este estudio de caso clínico, el participante accedió a dar su consentimiento informado por escrito (Anexo 1) respetando la integridad, la confidencialidad y la dignidad de la persona, a como establece la Ley Federal de Protección de Datos, Capítulo I, Artículo 2, Párrafo 2, donde se menciona: “Son sujetos regulados por esta ley, los particulares que lleven a cabo la recolección y almacenamiento de datos personales, que sea para uso exclusivamente personal, y sin fines de divulgación o utilización comercial”⁶³.

Se explicó al participante y a su cuidador primario, el procedimiento del estudio de caso, las implicaciones que tendría y el alcance de su implementación. Se garantizó en todo momento la protección a sus datos personales, el resto a sus creencias y autodeterminación, el respeto a su intimidad y la apertura a sus comentarios pertinentes durante la aplicación del proceso enfermero. Se omiten nombres y apellidos, dirección de trabajo, teléfono personal, así como fotografías y videos (a pedido expreso por el participante y su cuidador principal).

En todo momento se brindó un trato digno, profesional, ético, respetuoso y acorde a las normas legales y éticas establecidas por la UNAM, el hospital sede y los derechos humanos y el código de ética de enfermería durante las intervenciones realizadas.

3.2. Materiales e instrumentos utilizados

Herramientas terapéuticas en salud mental

La enfermería en salud mental se apoya de diversas ciencias para su intervención, dentro de las cuales encontramos: psicología, psiquiatría, trabajo social, nutrición, terapia física, pedagogía, entre otras²⁸. Este trabajo multidisciplinario ha dotado a la enfermería de herramientas indispensables para su valoración, diagnóstico y ejecución del plan de cuidados. A continuación, mencionamos las herramientas utilizadas en este estudio de caso y su importancia.

Familiograma

El familiograma es una herramienta indispensable que nos permite, por medio de gráficos, representar los componentes de la familia, la relación que existe entre ellos y si hay algún riesgo dentro del núcleo familiar³⁰. Es la representación gráfica de la familia, contiene de manera estructurada, cuantos integrantes la conforman y como se relacionan entre sí²⁹.

El familiograma es una herramienta indispensable para la enfermería en salud mental, ya que al ser una disciplina que evalúe no solo a la persona, sino su entorno, nos da un panorama de los factores de protección y de riesgo que existen en la familia, dentro de los cuales podemos encontrar:

Factores de protección dentro de la familia

- Buena cohesión familiar.
- Empatía y acompañamiento en el proceso terapéutico de la enfermedad.
- Escucha a la persona y sus problemas.
- Entendimiento de la patología y su tratamiento.
- Apoyo en el apego al tratamiento terapéutico^{33,34}.

Los factores aquí mencionados nos muestran un panorama en cuanto a la red de apoyo que puede estar fallando al momento de la atención integral, por lo que nos

brindan un mapa de donde se debe intervenir para tratar de mejorar la relación familiar y así mejorar la calidad de vida de la persona dentro de su núcleo.

Apgar familiar

Es un instrumento utilizado para la evaluación de la familia, su principal objetivo es brindar un panorama completo y gráfico de la familia de la persona y la relación con su familia³⁴.

Se clasifica como un instrumento cuantitativo y es vital para el manejo adecuado y referenciado del entorno familiar y como este afecta el comportamiento de la persona. El Apgar familiar nos puede dar indicios de distintos problemas dentro de la familia, como puede ser: violencia familiar, confusión de roles, dependencia excesiva, manipulación emocional, entre otros³⁴.

Se encuentra compuesta por cinco parámetros, los cuales son:

1. Adaptación. Se refiere a la capacidad de la persona para poder adaptarse durante un periodo de crisis.
2. Participación. Se refiere a las actividades que realiza la persona como parte de sus responsabilidades y que le brindan una identidad de participación y la libertad de tomar decisiones.
3. Crecimiento. Es la autorrealización de cada componente de la familia, desde las esferas físicas, emocional y personal.
4. Afecto. Es la relación afectiva que existe entre los miembros de la familia.
5. Recursos. Son los recursos con los que cuenta la persona para su desenvolvimiento e incluyen: tiempo, espacio y dinero³⁵.

Interpretación

Se debe marcar solo una casilla en cada pregunta, con un puntaje que va de 0 a 4 puntos (0: nunca, 1: casi nunca, 2: algunas veces, 3: casi siempre, 4: siempre).

Al realizar la sumatoria, el puntaje de 0 a 20 puntos; que nos indicara el nivel de disfunción del paciente con relación a su familia³².

Interpretación	Puntaje
Buena función familiar	18-20
Disfunción leve	17-14
Disfunción moderada	13-10
Disfunción severa	Menor a 9

Tabla 1. Valencia A, et al. Análisis Rasch de la escala APGAR-familiar en adultos mayores³⁶.

Escala DAST-10

Consta de diez reactivos que miden el abuso de sustancias psicoactivas. Las preguntas buscan identificar trastornos psicológicos y médicos por causa del consumo de sustancias y está clasificado en cuatro niveles de riesgo. El DAST-10 es consistente (Alpha = .86) en población psiquiátrica³⁰.

Interpretación

La persona recibe 1 punto (1) por cada “SI” que responda, excepto la pregunta #3, en la cual “NO” recibe un (1) punto.

Interpretación	Puntaje
No hay problema	0
Nivel Bajo	1-2
Nivel Moderado	3-5
Nivel sustancial	6-8
Nivel Severo	9-10

Tabla 2. Gómez E, et al. Uso del AUDIT y el DAST-10 para la identificación de abuso de sustancias psicoactivas y alcohol en adolescentes³⁷.

Escala de depresión y ansiedad de Goldberg

Consta de 9 ítems en la escala de depresión y 9 ítems en la escala de ansiedad. La escala de depresión y ansiedad de Goldberg (EADAC) fue concebida para permitir la detección de trastornos psicopatológicos más frecuentes en la atención primaria; la ansiedad y la depresión. Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo, apropiado para ser administrado por el médico de asistencia primaria. La versión castellana ha demostrado su fiabilidad y validez en el ámbito de la atención primaria y tiene una sensibilidad (83.1%), especificidad (81.8%) y valor predictivo positivo (95.3%) adecuados³¹.

Criterios de valoración

Subescala de ansiedad	4 o más respuestas afirmativas
Subescala de depresión	4 o más respuestas afirmativas

Inventario de depresión de Beck (BDI-2)

El inventario de depresión de Beck es una prueba compuesta por 21 ítems tipo Likert. Es utilizado para detectar y evaluar la gravedad de la depresión, proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más, donde se evalúa la presencia de indicativos tales como tristeza, llanto, pérdida del placer, sentimiento de fracaso y de culpa, pensamiento o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, Organización Mundial de la Salud, 1993).

Los datos sobre la fiabilidad de las puntuaciones se basan exclusivamente en la consistencia interna. Los coeficientes son elevados (superiores a 0.85) y similares a los obtenidos en los estudios internacionales con la versión original del Inventario de depresión de Beck (BDI-II)³⁸.

Puntuación

El formato de ítems es de tipo Likert con cuatro categorías de respuestas ordenadas que se codifican desde 0 hasta 3. La puntuación es la suma de las respuestas a los 21 ítems. Si una persona ha elegido varias opciones en el ítem, se toma la opción con la puntuación más alta. También se puntúan de 0 a 3 los ítems 16 y 18, que tienen 7 categorías. En estos ítems el manual recomienda registrar la categoría seleccionada, por su valor diagnóstico.

El rango de las puntuaciones va desde los 0 a los 63 puntos. Cuanto más alta la puntuación, mayor será la gravedad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación obtenida.

Interpretación	Puntaje
Mínima depresión	0-13
Depresión leve	14-19
Depresión moderada	20-28
Depresión grave	29-63

Tabla 3. Rosas F, et al. Interpretación de la escala BDI-II³⁸.

Escala de Índice de conductas Sexuales de riesgo (ICSR)

Es una prueba utilizada para evaluar el índice de conductas sexuales de riesgo (ICSR) que fue desarrollada por Ingledew y Ferguson (2007). Los siete ítems de conductas sexuales de riesgo (CSR) específicas presentaron valores de consistencia interna que variaron de .26 a .54 al ser estimados por la correlación biserial – puntual con el resto de la escala³⁹.

Está compuesta por 11 preguntas, el primer ítem dicotómico evalúa si se ha tenido relaciones o no (relaciones sexuales que implique penetración vaginal o anal), y los restantes evalúan CSR con las que se ha tenido relaciones al poco tiempo de conocerlas, etc. Este instrumento tiene una validez interna adecuada³⁹.

Resultado de las escalas aplicadas

Resultado de las escalas aplicadas		
Prueba	Puntaje	Interpretación
Apgar familiar	6	Familia con moderada disfunción
DAST-10	6	Dependiente
Escala de Goldberg	5 y 6	Ansiedad: presente Depresión: presente
Escala de Beck (BDI-II)	30	Depresión grave
Escala de ICSR	4	Presencia de conductas de riesgo

Tabla 7. Resultado de escalas aplicadas

Escalas e instrumentos utilizados

Materiales		Instrumentos	
Nombre	Tipo	Nombre	Tipo
Hoja de valoración 11 patrones funcionales de Marjory Gordon (anexo 3.1.)	Recurso material	Guía de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon (anexo 3.1.)	11 patrones funcionales
Baumanómetro (toma de signos vitalés)	Recurso material	Apgar familiar (anexo 3.2.)	Dinámica familiar
Estetoscopio (toma de signos vitalés)	Recurso material	Familiograma (Figura 2)	Relaciones familiares
Cinta métrica (somatometría)	Recurso material	Escala DAST-10 (anexo 3.3.)	Cuestionario de detección de uso de drogas
Termómetro digital (toma de signos vitalés)	Recurso material	Escala de depresión y ansiedad de Goldberg (anexo 3.4.)	Depresión y ansiedad
Oxímetro (toma de signos vitalés)	Recurso material	Inventario de Depresión de BECK (anexo 3.5.)	Depresión
Bascula (somatometría)	Recurso material	Escala ICSR (anexo 3.6.)	Índice de conductas sexuales de riesgo

Tabla 6. Materiales e instrumentos usados en el proceso de atención de enfermería.

Capítulo 4. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería

4.1. Valoración inicial

Ficha de identificación	
Nombre	M.F.F.D.
Edad	33 años
Expediente	34796
Fecha de nacimiento	18/04/89
Género	Masculino
Estado civil	Soltero
Ocupación	Estudiante
Escolaridad	Licenciatura incompleta
Religión	Iglesia de Jesucristo de los Santos de Los Últimos Días (mormona).
Domicilio	Calle Arbolito S/N Villa Ocuitzapotlán, Centro, Tabasco

Signos vitales y somatometría	
Tensión arterial	110/70 mm/Hg
Frecuencia cardiaca	90 ppm
Frecuencia respiratoria	16 rpm
Temperatura	37.0 C°
Peso	70 kg
Talla	170 cms
I.M.C.	24.22

Antecedentes patológicos personales

- Alergias: negadas.
- Enfermedades infecciosas: virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- Enfermedades crónico – degenerativas: negadas.

Historia de vida

Infancia M.F. vivió con su padre, de oficio trabajador de la compañía de teléfonos de México y su madre, dedicada al hogar, casados, siendo el segundo hijo de este matrimonio y el hijo menor. Su padre ingería alcohol habitualmente con sus compañeros de trabajo durante los fines de semana, hubo violencia intrafamiliar, su padre abandonó el hogar cuando tenía 6 años, a raíz del abandono su madre decidió ingresar activamente a los servicios religiosos de su comunidad. A pesar del abandono de su padre, este siguió haciendo cargo económicamente de los gastos familiares en su totalidad.

Adolescencia Define esta etapa como un “claroscuro”, comenzó a ingerir alcohol a los 13 años, en respuesta a la invitación de sus amigos de secundaria. Asistía a la escuela pública local y tuvo un promedio regular pero satisfactorio. A la edad de 14 años, descubrió que era homosexual. Tuvo su primera relación sexual en este periodo de edad, “recuerdo que fue con un chico 2 años mayor que yo, fue rápido, dolió mucho, fue en su camioneta, como éramos chicos, no nos cuidábamos porque estábamos sanos” sic persona. Durante este tiempo menciona que comenzó a tener relaciones sexuales con varios hombres, en esta ocasión si se protegía en sus encuentros sexuales, descubrió que dentro de sus preferencias estaban los hombres mayores, por lo que frecuentaba sitios donde sabía que podría tener contacto con ellos más fácilmente.

Adultez Comienza con sus estudios universitarios a la edad de 18 años en la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, en la carrera de relaciones comerciales. Durante este periodo salía de fiesta todos los fines de semana, viajaba fuera del estado, siempre en compañía de hombres que costeaban los viajes. A la edad de 25

años su madre empezó con problemas de salud, los cuales con el tiempo fueron empeorando, fue diagnosticada con esclerosis múltiple, misma que desembocó en su fallecimiento años después.

Considera esta etapa de su vida como la más triste, pero a su vez, recuerda el velorio de su madre como liberador “no quería que siguiera sufriendo, la vi consumirse poco a poco y quería que descansara de una vez” sic participante.

A la edad de 28 años fue diagnosticado con VIH en una prueba rápida, fue corroborada 10 días después, posterior a eso, menciona que no se deprimió, sino que pensó en merecerlo, que fue como una especie de castigo y que desde ese momento pondría mayor énfasis en llevar una vida sana.

Actualmente

Vive solo, no tiene pareja, su padre es su principal sustento económico. Dejó la escuela por falta de ganas, reprobó dos materias y no quiso recuperarlas. Desde hace 6 meses no tiene empleo, anteriormente había laborado en diversas tiendas de autoservicio como empleado general, cajero y encargado de departamento. Fue despedido por acumular inasistencias y llegar tarde en dos ocasiones.

Comenta que sale con tres hombres a la vez, pero que no considera a ninguno su pareja. Asiste a sesiones semanales de chemsex, donde tiene encuentros sexuales con hombres diferentes cada semana.

Lleva manejo retroviral, por parte del IMSS bienestar. Ha buscado ayuda en diversas ocasiones para poder dejar la adicción a las drogas, pero no ha encontrado una intervención satisfactoria.

Pertenece a la congregación mormona, la cual considera un espacio seguro, donde no lo juzgan y sienten aprecio por él.

Ingresa voluntariamente a un centro de desintoxicación para tratar su problema, adscrito a la iglesia mormona.

4.2. Valoración de los once patrones funcionales de Marjory Gordon

Patrón funcional	Valoración
<p>Patrón 1. Percepción y manejo de la salud</p>	<p>Cuenta con esquema de vacunación completo. Consumo de alcohol (4 copas de vino al mes), consumo de cannabis (2 cigarros por semana o cuando se siente ansioso), consumo de mefedrona (1 inyección cada fin de semana o durante el evento sexual).</p> <p>Instrumento aplicado: Cuestionario DAST-10 (anexo 3.3.).</p>
<p>Patrón 2. Nutricional / metabólico</p>	<p>Consume alimentos 3 veces al día, apetito normal, líquidos (2 vasos de agua y 2 tazas de té por día). Presencia de indigestión, pirosis y distensión abdominal.</p>
<p>Patrón 3. Eliminación</p>	<p>Eliminación intestinal adecuada, motilidad correcta, se palpa el abdomen sin presencia de dolor, ruidos peristálticos normales, sin presencia de distensión abdominal, se palpa abdomen con tono agudo.</p> <p>Características de eliminación: heces tipo 4 (alargadas como una serpiente, de textura blanda y lisa).</p> <p>Eliminación urinaria: 2 veces por día, aspecto turbio, color pajizo, se corrobora con análisis clínico.</p> <p>Instrumento aplicado: escala de Brístol.</p>
<p>Patrón 4. Actividad y ejercicio</p>	<p>Presenta disminución de la sensibilidad en extremidades si permanece sentado por mucho tiempo, menciona solo hacer</p>

	<p>actividades domésticas, pero sí ejercitarse 30 minutos en casa con calistenia.</p>
<p>Patrón 5. Sueño – descanso</p>	<p>Duerme durante el día, 1 hora por la tarde, tiene pesadillas recurrentes, presenta cansancio, somnolencia y ronquidos. No toma ningún medicamento, pero sí realiza técnicas de relajación para la conciliación del sueño.</p>
<p>Patrón 6. Cognitivo – perceptual</p>	<p>Se encuentra alerta, orientado en tiempo y espacio, memoria a corto y largo plazo coherente y sin alteraciones. Lenguaje correcto, fluido, tono adecuado y pausado, escucha atenta, sin presencia de ideas ni pensamiento delirantes.</p>
<p>Patrón 7. Autopercepción – concepto</p>	<p>Se percibe así mismo perdido, autopercepción ajustada a la realidad, se aprecia hipo tímico y ansioso, con sentimientos de tristeza, inferioridad, culpa e impotencia. Se aprecia apático.</p> <p>Instrumento aplicado: Escala de Beck (BDI-2) (anexo 3.5.).</p>
<p>Patrón 8. Rol / relaciones</p>	<p>No realiza actividades recreativas, el mayor tiempo lo pasa en el hogar y solo sale en compañía de su padre o de las personas con las que tiene encuentros sexuales. Por el momento no estudia ni trabaja.</p> <p>Instrumento aplicado: Apgar familiar (anexo 3.2.).</p>
<p>Patrón 9. Sexualidad y reproducción (Alterado)</p>	<p>Niega el uso de métodos anticonceptivos, refiere perdida de sensibilidad al usar preservativos y manifiesta inconformidad</p>

	<p>por parte de sus parejas sexuales en usarlos. Practica el chemsex como actividad sexual habitual, concebida como práctica sexual de riesgo.</p> <p>Instrumento aplicado: Cuestionario ICSR (anexo 3.6.).</p>
<p>Patrón 10. Adaptación / tolerancia al estrés</p>	<p>Manifiesta síntomas de depresión y ansiedad como: vergüenza, temor excesivo, deterioro funcional, cansancio, astenia, tristeza, cefalea, negatividad, escalofríos, color pálido, sabor metálico en la boca y emociones inapropiadas (ansiedad, depresión y vergüenza).</p> <p>Escala de Goldberg (anexo 3.4.).</p>
<p>Patrón 11. Valores y creencias</p>	<p>Semblante esperanzador, su principal objetivo es conseguir un empleo, no se encuentra contento con su situación actual, refiere pertenecer a la iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días (mormón), la cual refiere se han convertido en un centro de apoyo, aceptan su preferencia sexual y su diagnóstico y brinda apoyo emocional.</p>

4.3. Elaboración de diagnóstico de enfermería de manera jerárquica

Jerarquización de los patrones funcionales alterados

Patrón 9. Sexualidad y reproducción

Disfunción sexual r/c vulnerabilidad percibida m/p alteración en la excitación sexual, alteración en la satisfacción sexual y disminución de la libido.

Patrón 1. Percepción y manejo de la salud

Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud r/c estresores m/p abuso de sustancias y fracaso para adoptar medidas que evitan problemas de salud.

Patrón 10. Adaptación / tolerancia al estrés

Síndrome agudo de abstinencia por sustancias r/c dependencia desarrollada a una sustancia adictiva m/p ansiedad, náuseas, riesgo de lesión, distensión abdominal, sabor metálico en la boca y rigidez en las extremidades.

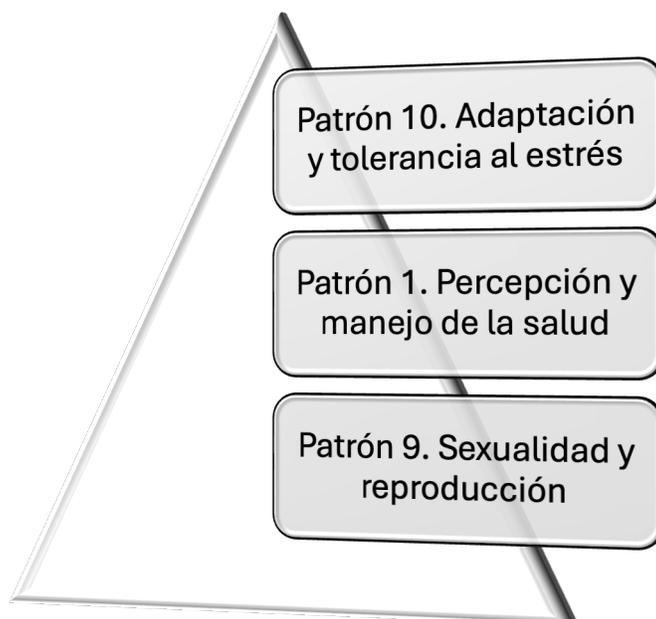


Figura 2. Ornelas, agosto, 2023. Priorización de diagnósticos enfermeros.

4.4. Plan de cuidados enfermeros

Plan de cuidados de enfermería 1

Patrón 9. Sexualidad y reproducción

Diagnóstico enfermero: (00059) Disfunción sexual r/c vulnerabilidad percibida, relaciones sexuales de alto riesgo, incapacidad de control de impulsos y consumo de sustancias m/p alteración en la excitación sexual, alteración en la satisfacción sexual y disminución de libido.	
Meta de la persona: "Poder controlar mis impulsos y poder tener orgasmos sin necesidad de usar sustancias o sexo grupal" sic participante.	
Objetivo enfermero: asesorar a la persona en las diferentes opciones terapéuticas disponibles para el tratamiento de su patología.	
Intervenciones	Actividades
Consultoría en salud sexual	<ol style="list-style-type: none">1. Asegurar y proporcionar un espacio cómodo, tranquilo, sin ruido, con mobiliario adecuado y confortante.2. Presentarse al participante y brindar toda la información correspondiente, así como dar tiempo para dudas sobre su proceso.3. Realizar una entrevista breve para identificar puntos sensibles y estado mental del participante.4. Valorar la comodidad y el confort del participante.5. Aplicar la escucha atenta y focalizada durante la entrevista inicial.6. Detectar los tres puntos vitales del participante en los cuales se basará la consultoría.7. Explicar las interrogantes del participante con una perspectiva humanista, resiliente,

	<p>empática y respetuosa de su autodeterminación.</p> <p>8. Brindar apoyo emocional en caso de situación de crisis.</p> <p>9. Informar al participante del término de la consultoría y dar tiempo para dudas y aclaraciones pertinentes.</p>
<p>Taller de psicoeducación “Viviendo con VIH, desde la perspectiva de la salud mental” (anexo 4.1.)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentarse con el participante del estudio y explicar el tema del taller y su duración. 2. Asegurar el espacio de aplicación y que este asegure el confort, la seguridad, la confidencialidad y la comodidad del participante. 3. Aplicar la dinámica “Me amo” con el participante, fomentando la recepción emocional en todo momento. 4. Explicar la importancia de la salud mental en el proceso de vida diaria y su convivencia con el virus. 5. Brindar herramientas que incrementen los factores protectores. 6. Explicar las acciones que fomentan o incrementan los factores de riesgo en las actividades sexuales. 7. Aclarar dudas sobre la patología y sus implicaciones, así como dudas en general sobre los tópicos de salud mental y su importancia.
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar al participante del estudio sobre la práctica del chemsex y como se relaciona con sus prácticas sexuales.

<p>Aplicación del Manual sobre chemsex “Chemsex: una forma segura de practicarlo” (anexo 4.2.)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Mantener siempre una escucha activa, respeto en todo momento por las emociones y reacciones del participante, así como estar atento a sus preguntas y dudas. 3. Hacer entrega del manual “Chemsex: una forma segura de practicarlo”. Fundamento: dentro del acompañamiento enfermero en salud mental, el respeto a la libre elección de nuestro participante es fundamental, desde esta premisa, se busca en la medida de lo posible disminuir el riesgo del participante durante sus encuentros sexuales, es por ello por lo que este manual nos ayuda a reforzar los factores protectores y da información actualizada y segura de practicar el chemsex. 4. Reforzar el deseo del participante de continuar con la práctica sexual, fomentando en un todo momento que al realizarlo sea de forma segura. 5. Explicar las desventajas de la práctica del chemsex. 6. Dar un momento para dudas sobre el tema y mantener en todo momento la apertura emocional con el participante.
<p>Evaluación</p>	
<p>Se realizó la consultoría en salud sexual dentro del Centro de Rehabilitación Ananda de la iglesia de Jesucristo de los santos de los últimos días, se tuvo total apertura por parte del centro, únicamente teniendo como restricción el no poder tomar fotografías ni video con base en sus creencias religiosas, mismas que se acataron en tiempo y forma.</p>	

Se tuvo una respuesta positiva a la consultoría donde se aclararon muchas dudas que tenía el participante del estudio sobre el padecimiento, sobre las consecuencias de continuar con las relaciones sexuales de riesgo, se dio una explicación sobre la importancia de la autoestima y de la importancia de incrementar los factores protectores y reducir los factores de riesgo desde la perspectiva de la salud mental. En palabras del participante, “tenía muchas dudas sobre lo que me pasa, tenía muchas preguntas sobre porque me pasa esto y hoy me queda claro que tengo oportunidad de salir adelante y echarle todas las ganas del mundo” sic participante. El participante se encuentra muy motivado para salir adelante, como parte de la intervención es importante la validación de estos esfuerzos y nos deja una reflexión acerca de las situaciones complejas como las adicciones requieren atención especializada.

Se llevó a cabo el taller de psicoeducación “Viviendo con VIH, desde la perspectiva de la salud mental”. Se logró integrar al padre del participante en este taller educativo, donde se aclararon muchas dudas al respecto sobre la condición médica de vivir con VIH, a las posibles repercusiones en la salud mental y dudas generales que surgieron tanto del participante del estudio como de su cuidador principal. La respuesta fue positiva e inspiradora, se formó un vínculo más fuerte entre padre e hijo.

En palabras del cuidador principal “tenía miedo de no entender a mi hijo, tenía dudas sobre que había hecho mal como padre, no sabía que mi hijo pasaba por todo esto en su mente y ahorita lo único que pasa por mi cabeza es; ser mejor papá y apoyar a mi hijo para salir adelante, sé que la enfermedad de mi hijo es tratable y que lo que necesita es cariño y compañía” sic participante. Se les brindó acompañamiento y consejería a nivel emocional, además de compartir información sobre educación sexual integral.

Se entregó el Manual sobre Chemsex “Chemsex una forma segura de practicarlo”, donde se explicó el origen, el concepto, las implicaciones de llevarlo a cabo y las técnicas y sugerencias para dejar la práctica en la medida de lo posible y de no ser así, tomar las medidas de protección necesarias para conservar la salud y evitar los riesgos que conllevan la práctica del chemsex.

Se tuvo un resultado positivo, el participante comprende en su totalidad el manual, manifestó su interés en compartir dicho manual con usuarios que conoce que practicar el chemsex para que tengan una herramienta de psicoeducación integral. En voz de la participante “quiero al salir del centro compartir este manual, poner mi granito de arena, para sentirme mejor conmigo mismo y ayudar a gente que pasa por lo mismo que yo” sic participante.

Se tuvo apertura y apoyo por parte de las autoridades del centro de rehabilitación durante estas intervenciones y se firmó un acuerdo de confidencialidad para el acceso y la aplicación de las intervenciones.

Plan de cuidados de enfermería 2

Patrón 1. Percepción y manejo de la salud

<p>Diagnóstico enfermero: (00069) Afrontamiento ineficaz r/c preparación inadecuada para los estresores, sensación de control inadecuada, estrategias de relajación de la tensión ineficaces m/p conducta destructiva hacia sí mismo, fatiga, deterioro de la habilidad para manejar la situación, resolución de problemas inadecuada, expresa alteración del ciclo sueño – vigilia, conducta de riesgo y uso inadecuado de sustancias.</p>	
<p>Meta de la persona: “Cuidar más de mi salud física y mental” sic participante.</p>	
<p>Objetivo enfermero: Brindar acompañamiento, realizar la valoración de la persona para implementar planes personalizados de cuidado de su salud física y emocional, así como brindar información útil (psicoeducación) que contribuya al mejoramiento de la salud. Mejorar la autoestima.</p>	
Intervenciones	Actividades
<p>Psicoeducación – implementación del taller “Bordando mis emociones” (anexo 4.3).</p>	<ol style="list-style-type: none">1. Gestionar ante el centro de rehabilitación el permiso para llevar a cabo el taller.2. Presentarse con el participante del estudio y externar la dinámica del taller, su objetivo y si está de acuerdo en el proceso elegido.3. Brindar al participante los materiales necesarios para el taller (bastidor, hilo, agujas, tela, tijeras de punta redonda, sin filo).4. Estar atento en todo momento sobre la conducta del participante y prestar atención al correcto manejo de los materiales, evitando riesgos potenciales.5. Prestar atención a los trazos y las formas en el lienzo, así como a las expresiones y acciones del participante.

	<ol style="list-style-type: none"> 6. Dar el espacio para liberar la creatividad al participante, dar espacio a su expresión y siempre brindar una escucha atenta y empática. 7. Concluir el taller dando tiempo para que el participante pueda expresar sus emociones y dudas. 8. Gestionar ante el centro de rehabilitación el permiso para la entrega de la herramienta y explicar los beneficios para el participante durante y posterior a su estancia en el centro. 9. Explicar al participante la importancia de expresar sus emociones y pensamientos a través del diario emocional. 10. Comentar las ventajas de tener una herramienta de expresión emocional como el diario y como puede apoyarlo en su proceso terapéutico. 11. Entregar el diario y observar la reacción de la participante. 12. Mantener en todo momento un ambiente de respeto y de apoyo emocional constante. 13. Dar tiempo para dudas y escucha activa por parte del participante.
--	---

Evaluación

Se llevó a cabo el taller “Bordando mis emociones”. Se enseñó al participante el arte del bordado terapéutico, se aplicó un método novedoso perteneciente a la corriente de arteterapia, donde se aplica un enfoque de catarsis por medio de la expresión artística⁶⁴. Se tomó como base las técnicas propuestas por diversos autores y se adaptó desde una perspectiva única y novedosa, integrando el bordado como una herramienta de expresión.

El participante respondió extraordinariamente a esta técnica terapéutica, descubriendo que es una forma de expresión con lo que se siente tranquilo, que en sus palabras “bordando me desconecto bastante de mis problemas, es como si volara a otro planeta, me siento libre, tranquilo, mis pensamientos se paran y encuentro paz” sic participante.

El taller se centró en el uso de colores más allá de la técnica propiamente dicha, dentro del espectro, se pudo evidenciar como el participante fue cambiando la paleta de colores desde tonos azules a los cuales identificaba como melancólicos a tonos anaranjados y rojos, que para él simbolizaban la valentía y el coraje de salir adelante. Durante el proceso, se tuvo especial énfasis en solicitar el apoyo del área de enfermería del centro, para vigilar y estar pendiente de que los materiales fueran seguros y visibles en todo momento. El participante del estudio mostró tal interés que ha empezado una capacitación en bordado para adquirir mayor destreza.

De igual manera, se entregó al participante del estudio el diario de emociones, una herramienta que busca crear un espacio seguro, donde el participante pueda escribir sus emociones, pensamientos, inquietudes, anhelos y todo aquello que pueda funcionar de manera catártica para mejorar su autoestima. El diario fue bien recibido por el participante, el cual manifestó que lo usaría en concomitancia con los bordados para ir creando una bitácora de emociones y pensamientos.

Se le informó de igual manera que el contenido de este sería de carácter personal y que no se tendría acceso a él, asegurando de esta forma su privacidad, cuidando su integridad en todo momento.

Plan de cuidados de enfermería 3

Patrón 10. Adaptación y tolerancia al estrés

Diagnóstico enfermero: (00258) Síndrome agudo de abstinencia por sustancias r/c dependencia desarrollada a una sustancia adictiva m/p ansiedad, náuseas, riesgo de lesión, distensión abdominal, sabor metálico en la boca y rigidez en las extremidades.	
Meta de la persona: “Dejar de tener esta dependencia a la mefedrona para llegar al orgasmo, poder tener una relación sentimental sana” sic participante.	
Objetivo enfermero: Brindar acompañamiento psicológico y emocional a la persona para que pueda afrontar su adicción, así como reforzar sus aptitudes y fortalezas.	
Intervenciones	Actividades
Psicoeducación – proyección de la película “cosas que importan” (anexo 4.5).	<ol style="list-style-type: none">1. Gestionar ante el centro de rehabilitación el permiso pertinente para proyectar la película al interesado.2. Exponer ante las autoridades del centro la importancia y los beneficios de la proyección de esta película en particular.3. Proyectar la película en un espacio seguro, privado y confortable para el participante.4. Estar atento a las reacciones del participante, así como dar apertura a expresar sus sentimientos.5. Anotar comentarios pertinentes que mencione el participante sujeto al estudio.6. Dar apoyo emocional durante la proyección, estar atento a cualquier signo de incomodidad y suspender de inmediato la proyección.7. Agradecer la participación del participante y dar tiempo para que exprese sus sentimientos y

	<p>emociones después de la proyección de la película.</p>
<p>Psicoeducación – “Expresando mis talentos y fortalezas” (anexo 4.6.).</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gestionar ante el centro de rehabilitación el permiso para llevar a cabo el proceso de psicoeducación. 2. Explicar al participante, la dinámica, sus ventajas, sus beneficios y si está de acuerdo en llevarlo a cabo. 3. Entregar al participante la hoja donde podrá plasmar todas las virtudes y fortalezas, con las que cuenta, fomentando de esta forma la autoestima y la autopercepción positiva. 4. Dar tiempo para que el participante se exprese usando cualquiera de los materiales que se facilitó para la actividad. 5. Observar y anotar cualquier reacción, sea esta positiva o negativa ante la actividad. 6. Brindar el espacio para la escucha activa y la apertura a la expresión de las emociones del participante. 7. Agradecer la participación del participante. 8. Dar espacio para dudas y comentarios por parte del participante.
<p>Evaluación</p>	
<p>Se llevó la reproducción audiovisual de la película “Cosas que importan”, dentro del taller de psicoeducación programado en el centro de rehabilitación. El personal del centro solicitó la autorización para que otros integrantes dentro del complejo asistieran. Aceptando la propuesta sin que hubiera inconveniente. La película en cuestión muestra el proceso de duelo desde una perspectiva de superación personal, resiliencia y acompañamiento en la enfermedad.</p>	

La respuesta fue positiva, se tuvo durante todo el rodaje una atención total a la misma. Al finalizar se dio un pequeño espacio para expresar sus opiniones respecto a la cinta, mismas que fueron variadas, emotivas y con un contenido específicamente gratificante. El participante manifestó lo siguiente “me gustó mucho la película, sentí la valentía de la señora y entendí del porqué lo hizo, creo que mi familia está pasando por algo similar y me gustaría algún día agradecerles todo lo que hacen por mí” sic participante.

Se integró el taller de psicoeducación “expresando mis talentos y fortalezas”. En una hoja de papel se solicitó al participante que escribiera sus talentos y fortalezas y lo compartiera con sus compañeros. El participante manifestó sentirse a gusto con su entorno, explicó sus cualidades e hizo hincapié en que lo que hasta el momento había enseñado al mundo no era todo su potencial.

Se integró en forma de apoyo emocional en esta dinámica, para poder explicar al participante que todos tenemos talentos y fortalezas. Dejando de lado las situaciones negativas y centrándose en los factores positivos de su persona.

Plan de cuidados de enfermería 4

Patrón 7. Autopercepción – autoconcepto

Diagnóstico enfermero: (00120) Baja autoestima situacional r/c disminución de la aceptación consciente, temor al rechazo, bajo nivel de autoeficacia, impotencia, estigmatización y estresores m/p síntomas depresivos, insomnio, indefensión, expresa soledad, conducta no asertiva y subestima su capacidad de afrontar la situación.	
Meta de la persona: “Quiero encontrar un trabajo, ser independiente y poder manejar yo mismo, mis propios problemas” sic participante.	
Objetivo enfermero: brindar mecanismos de apoyo emocional, entregar material organizacional para mejorar su percepción de autoestima y control de vida.	
Intervenciones	Actividades
Psicoeducación – “organizador de metas” (anexo 4.4.).	<ol style="list-style-type: none">1. Presentarse con el participante y destinar esta actividad para cuando se encuentre fuera del centro de rehabilitación.2. Solicitar el apoyo de su tutor para la entrega del material y explicación de la importancia de este, qué beneficios tendrá y la forma correcta de usarlo.3. Integrar al tutor en la plática donde se podrá externar las inquietudes y emociones del participante para con sus planes a futuro.4. Dejar espacio para el intercambio de opiniones en el entorno familiar.5. Entregar el organizador de metas al participante.

	6. Agradecer la participación de ambos y dar tiempo para dudas y opiniones.
<p>Participación en la terapia familiar “Método Freeman” (anexo 4.7.).</p>	<p>1. En este apartado se solicitó el apoyo por parte del centro para ser testigos y participar en la terapia familiar con el método Freeman, un método patentado y avalado por la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días y de la cual son dueños de carácter intelectual y de uso, por lo que se procedió a solicitar que no se difundieran las técnicas y métodos utilizados, así como la firma responsiva de esta actividad.</p> <p>2. Se procede a firmar la misiva y se asiste a la sesión.</p>
Evaluación	
<p>Se realizó el trámite correspondiente para poder asistir a una sesión terapéutica de autoría y uso exclusivo de la iglesia de los santos de los últimos días, conocida como “método Freeman”, el día 16 de julio del presente año.</p> <p>Se firmó la carta responsiva de confidencialidad y se procedió a ingresar al espacio donde se llevaría a cabo la sesión en calidad de oyente. Durante esta se tuvo contacto y acompañamiento con el participante, siempre dejando el espacio indicado para la sesión terapéutica. Se corroboró que las sesiones terapéuticas no atentan contra la integridad del participante, sus creencias o su preferencia sexual.</p> <p>Fue gratificante el participar en esta sesión no solo como oyente sino como enfermero tratante del participante. Durante esta se obtuvieron grandes resultados de parte del terapeuta tratante, el Dr. Ariel Levin-Mayer, con la total</p>	

aceptación y colaboración de MF, se comprendió una nueva forma de abordar la disfunción sexual por uso de sustancias. El método es del todo innovador y con resultados positivos y visibles. El participante se notó en todo momento atento, cooperador, cómodo y manifestó lo siguiente “esto era lo que necesitaba para cerrar una etapa de mi vida que no es buena para mí. Agradezco infinitamente a dios y a ustedes que han sido mis ángeles en este proceso de sanación” sic participante.

Se estuvo presente el día 27 de julio, mismo que fue elegido por las autoridades del centro de rehabilitación para el alta del participante del estudio de caso. Durante el proceso de alta, se solicitó al participante del estudio su permiso para entregar el material “organizador de metas”. Tanto el participante como su tutor agradecieron el material, se comprometieron a estudiarlo y seguir con los ejercicios antes propuestos aún después de su egreso.

El participante del estudio manifestó que tendría un cambio de residencia, trasladándose al estado de Idaho, en los Estados Unidos de América, donde se le había conseguido una fuente de empleo y el poder continuar con su tratamiento psicológico y terapéutico por parte de la comunidad de su iglesia. Durante este proceso se tuvo el acompañamiento y dejó abierta la disposición a continuar con los canales de comunicación para dar seguimiento integral del proceso del participante.

En palabras de este “agradezco infinitamente todo lo que ha hecho por mí, su compañía y sus métodos me han traído al camino correcto, me gustaría continuar con las pláticas motivacionales y con el taller de bordado creativo, estoy abierto a continuar con el proceso en una modalidad virtual, sé que me irá bien, tengo fe y esperanza” sic participante.

Plan de cuidados de enfermería 5

Patrón 10. Adaptación – tolerancia al estrés

Diagnóstico enfermero: (00146) ansiedad r/c estresores, abuso de sustancias, necesidades no satisfechas y conflicto de valores m/p disminución de la productividad, expresa inseguridad, hipervigilancia, nerviosismo y agitación psicomotriz.	
Meta de la persona: “Me gustaría centrarme en el aquí y en el ahora, y no divagar tanto con mi futuro” sic participante.	
Objetivo enfermero: Asesorar sobre las opciones de mecanismos para el manejo de la ansiedad, técnicas de relajación y de concentración en el presente.	
Intervenciones	Actividades
Psicoeducación – ejercicios de atención plena (anexo 4.8.).	<ol style="list-style-type: none">1. Explicar al participante sobre las técnicas de atención plena, su aplicación, sus ventajas y como puede ayudarlo en el proceso ansioso.2. Explicar al tutor sobre las técnicas de relajación (respiración consciente, práctica de la gratitud, afirmaciones positivas, meditación y escaneo del cuerpo). Se busca involucrarlo para su correcta asimilación.3. Realizar una muestra de la técnica al participante y su tutor.4. Dar espacio para las preguntas y dudas sobre la técnica.5. Agradecer la cooperación y dar espacio para comentarios sobre el proceso.

Evaluación

Evaluación inicial: Se observa al participante con semblante intranquilo, ansioso e inquieto. Refiere tener problemas para poder concentrarse y relajarse, manifiesta de igual manera problemas para conciliar el sueño y poner en orden sus pensamientos. Se observa onicofagia, hipersalivación y temblores musculares, secundarios al proceso de desintoxicación.

Se explicaron los ejercicios de atención plena y las cualidades de cada una, explicando la amplitud y el resultado deseado de cada actividad de forma correcta al participante, se realizó la demostración de cómo llevarlos a cabo, en orden secuencial y siempre tomando en cuenta el interés y la respuesta del participante. El resultado fue positivo, el participante mencionó “espero poder usar estos ejercicios para cuando tenga ansiedad o problemas de concentración, soy algo impaciente, pero sé que me servirán mucho” sic participante. Durante la sesión se observó al participante interesado en sí mismo, realizó los ejercicios de forma correcta y durante el tiempo que permaneció en las instalaciones practicaba dichos ejercicios dos veces por día, una por la mañana y otra antes de dormir. Se observó su preferencia por los ejercicios que acentuaban la necesidad del silencio y la quietud sobre los que requerían concentración o autopercepción.

4.5. Plan de alta



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



UNAM
POSGRADO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN ENFERMERÍA
HOSPITAL REGIONAL DE ALTA ESPECIALIDAD DE SALUD MENTAL, VILLAHERMOSA

PLAN DE ALTA

Nombre del paciente: M.F.F.D. Edad: 33 Sexo: masculino

Fecha de ingreso: 12-01-23 Fecha de egreso: 30-08-23

Orientación sobre las actividades que el familiar o tutor responsable debe realizar:

1. Continuar con su tratamiento ARV (toma 1 tableta al día, a la misma hora).
2. Asistir puntualmente a sus citas de control para el monitoreo de su salud física y mental.
3. Continuar con los talleres de arteterapia para mejorar la autoestima, conservar la integridad y obtener ingresos adicionales.
4. Continuar con el diario de emociones.
5. Continuar con el proceso terapéutico en el nuevo país de residencia, entregando antecedentes de tratamiento y técnicas aplicadas.
6. Actividades para el tutor: vigilancia integral del participante, acompañamiento psicológico y emocional durante el proceso terapéutico, vigilancia de toma de medicamentos, escucha activa y empática a los problemas y posibles complicaciones de la persona. Se mantiene apertura para cualquier duda o necesidad de apoyo terapéutico.

Orientación dietética:

1. Dieta normal, continuando con las preferencias de alimentos en la persona para evitar rechazo de estas. Se sugiere monitorizar el consumo mínimo de bebidas estimulantes, alimentos ricos en grasas y evitar el consumo de lácteos durante la toma de sus medicamentos, debido a que esta produce inflamación y distensión en el mismo. Se recuerda que no debe consumir suplementos que contengan hierba de San Juan por esta tener contraindicaciones con la toma de los ARV en general. Se sugiere el consumo de por lo menos 1.5. Lts. De agua al día.

Medicamentos indicados: Medicamentos / dosis / horario / vía.

1. Biktarvy (bictegravir 50mg/ emitritabina 200 mg / alafenamida 25 mg) 1 tableta cada 24 hrs. A la misma hora todos los días. Vía oral.
2. Prozac (fluoxetina 20 mg), tomar 1 tab. Cada 24 horas a la misma hora, todos los días. Vía oral. Suspender hasta que el médico indique.

Registro de signos y síntomas de alarma. (Qué hacer y adonde acudir cuando se presenten).

1. Cambios de conducta (nerviosismo, decaimiento, retraimiento, euforia, pensamientos erráticos, llanto sin motivo aparente) contactar de inmediato con el médico tratante y canalizar al área de servicios médicos de salud mental más cercana.
2. Incremento desmedido de la libido (consumo de pornografía, retomar relaciones sexuales de riesgo), contactar al terapeuta tratante y explicar la situación.
3. Signos de depresión (cambio en los hábitos de alimentación, cambio en el patrón de sueño, desaliño, pérdida de interés en actividades lúdicas o recreativas habituales, desesperanza) contactar con un profesional de la salud mental para manejo y derivación oportuna).

Cuidados especiales en el hogar: (Heridas, Sondas, Terapias recreativas, etc.).

1. Fomentar y acompañar durante las terapias de arte para continuar con estas y conservar el desarrollo integral de las intervenciones aplicadas.

Fecha de su próxima cita: 10-10-23 – vía online

Fecha de su siguiente visita domiciliaria para seguimiento: no aplica

Observaciones (se incluirán folletos de educación para la salud o acerca de la enfermedad y cómo afrontarla): Se entregó material educativo y de promoción de la salud, en los siguientes ámbitos; como vivir con VIH, manual de CHEMSEX, diario de emociones.

Fecha de alta: 30 de agosto de 2023

Nombre de la enfermera o enfermero: L.E. César Mendiola Cabido

Capítulo 5. Conclusiones y recomendaciones

Se logró la integración del estudio de caso y la aplicación de las intervenciones de enfermería en salud mental en una persona de género masculino originario de la ciudad de Villahermosa, Tabasco, derivado del servicio de consulta externa del Hospital Regional de Alta Especialidad en Salud Mental de Tabasco. Esto a través del modelo de once patrones funcionales de Marjory Gordon y con un enfoque en salud mental.

Se obtuvo durante todo el proceso amplia cooperación por parte del participante y su tutor principal. La intervención de consultoría se realizó en el hogar de la persona, respetando en todo momento sus creencias religiosas y dando espacio al diálogo y la empatía.

Se aplicaron los instrumentos de valoración, así como la entrega de las herramientas terapéuticas diseñadas para la persona. Durante el proceso de atención, la persona fue ingresada a un centro de rehabilitación para las adicciones perteneciente a la Iglesia de los santos de los últimos días (mormona), donde se consiguió el permiso correspondiente para continuar con el proceso de atención y aplicación de las herramientas propuestas.

Durante el proceso de atención se detectó como eje principal de atención el patrón 9. Sexualidad – reproducción, encontrándose alterado y siendo la prioridad de atención en este proceso. Durante las intervenciones se trató el tema con cuidado, respecto, delicadeza y profesionalismo, debido al estigma que prevalece sobre estos temas en general.

Se aplicó un método perteneciente a la corriente de arteterapia teniendo resultados excelentes en el manejo de los impulsos sexuales, se redujo considerablemente los pensamientos ansiosos y obsesivos y se encontró que el participante es particularmente hábil para las actividades artísticas.

Se trabajó de igual manera con el tutor del participante, que en este caso es su padre, teniendo igualmente resultados positivos. Durante las asesorías se capacitó y se dio respuesta a interrogantes que el tutor tenía sobre la condición de su hijo, se realizaron técnicas de acompañamiento y se logró una mejoría en las relaciones interpersonales entre padre e hijo. El tutor tuvo un cambio en la perspectiva situacional del participante y decidió acompañarlo en su recuperación fuera del país, dónde ambos han decidido acompañarse y comenzar un proceso de sanación.

Se tuvo especial apoyo por parte de la iglesia de los santos de los últimos días, los cuáles no solo facilitaron el apoyo económico, sino logístico, acompañamiento integral, de la mano de un equipo multidisciplinario que incluyo: médicos psiquiatras, terapeutas, enfermeros, trabajadores sociales, pedagogos, abogados, entre otros que forman parte del centro de rehabilitación y que en todo momento estuvieron al pendiente de la evolución y recuperación del participante.

Se tiene especial agrado en informar que el participante remitió por completo los síntomas por los que fue ingresado, recordando que el proceso terapéutico será continuo y que el control y adecuación del trastorno será vital para evitar recaídas.

Recomendaciones

La disfunción sexual es un tema tabú hoy en día. Las personas afectadas por este padecimiento suelen ser discriminadas y son objeto de críticas y juicios de valor, más aún cuando sus preferencias sexuales no corresponden a hetero normatividad. Esto representa un gran desafío para el personal de enfermería en salud mental, el poder brindar una atención de calidad a la persona como parte de derecho a recibir una atención digna. En este estudio de caso se planteó la disfunción sexual no como una patología en sí, sino como una parte de la vida de una persona y con base en eso, se trabajó, no desde la patología sino desde el individuo.

Los trastornos y enfermedades mentales en su mayoría tienen componentes que los hacen difíciles de comprender, enfermería en salud mental, por el contrario, tiene las herramientas necesarias acompañadas de un equipo multidisciplinario de profesionales para atender estas necesidades y brindar cuidados de calidad, de forma holística y humanistas.

En México, cuatro de cada diez hombres sufren algún tipo de disfunción sexual, que van desde síntomas imperceptibles hasta los incapacitantes. Es un problema de salud pública que pocas veces se pone en el mapa epidemiológico. Estas disfunciones conllevan riesgos inherentes, prácticas sexuales de riesgo, consumo de sustancias perjudiciales para la salud, baja autoestima, problemas concomitantes tanto físicos como mentales, etc. Como enfermeros especialistas en salud mental, es importante contar con las habilidades para poder brindar una atención de calidad a estos grupos.

El abordaje de esta problemática debe ser integral y con el apoyo y la cooperación de las diferentes áreas de la salud. Los problemas de índole sexual pueden ser mortales y es nuestra responsabilidad como profesionales de la salud mental el abordarlos y el contribuir a su manejo óptimo.

El chemsex es una práctica relativamente nueva, en nuestro país poco se habla de él o de las implicaciones que esto traerá para el sector salud. Una temática poco integrada, pero vital es la perspectiva de género en este estudio de caso. Los hombres homosexuales han sido históricamente asociados con adjetivos peyorativos y discriminatorios, nuestro participante no solo forma parte de este grupo social, sino que además es portador de una enfermedad crónica socialmente asociada a este grupo. Esto nos da un panorama de que en el país aún falta mucho trabajo respecto a la implementación de los planes de cuidado y atención médica con perspectiva de género. Este grupo históricamente segregado requiere de una intervención humana, holística, respetuosa, científica y comprensiva, para poder lidiar con problemáticas propias de su género y de su preferencia sexual.

El camino es largo aún y es un llamado a los profesionales de salud y en particular a los enfermeros en salud mental a implementar programas de prevención, promoción, atención y rehabilitación con perspectiva de género.

Referencias

1. Bhana A, Amna Abas M, Kelly J, Van Pinxteren M, Mudekunya LA, Pantelic M. Mental health interventions for adolescents living with HIV or affected by HIV in low- and middle-income countries: systematic review. *BJPsych Open*. 2020; 6(5) <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.67>.
2. Kessler A, Sollie S, Challacombe B, Briggs K, Van Hemelrijck M. The global prevalence of erectile dysfunction: a review. *BJUI International*. 2019; 124(4). <https://doi.org/10.1111/bju.14813>.
3. De Vicentis S, Tartaro G, Rochira V, Santi D. HIV and Sexual Dysfunction in Men. *Journal of Clinical Medicine*. 2021; 10(5). <https://doi.org/10.3390/jcm10051088>.
4. Guerras M, Hoyos J, Agust, Agustí C, Casabona J, et al. Consumo sexualizado de drogas entre hombres que tienen sexo con hombres residentes en España. *Adicciones*. 2022; 34(1).
5. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. Estadísticas a propósito del día mundial de la lucha contra el VIH/SIDA. INEGI, Comunicación social; 2023. Report No.: <https://www.inegi.org.mx/default.html>.
6. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra propuesta. [Online].; 2022 [cited 2023 06 01. Available from: <https://rb.gy/d1jy2d>.
7. Lara D. Grupos en situación de vulnerabilidad. Colección de Textos sobre derechos humanos. 2015; p. 24.

8. Organización Panamericana de la Salud. Salud Mental Guía del promotor comunitario. [Online].; 2013 [cited 2023 06. Available from: <https://tinyurl.com/3fxmz6sv>.
9. OMS. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. [Online].; 2018 [cited 2023 06. Available from: <https://bit.ly/43YqIEg>.
10. Sánchez BC, Carreño MJ, Henales AC, Hernández EJ, Linares GA. Las distintas disfunciones sexuales masculinas y su relación con la ansiedad y la depresión. Perinatología y reproducción humana. 2008; 22(3): p. 184-194.
11. Bohn A, Sander D, Köhler T, Hees N, Oswald F, Scherbaum N, et al. Chemsex and Mental Health of Men Who Have Sex With Men in Germany. Frontiers of pshychiatry. 2020; 11.
12. American Counseling Association. Is counseling right for you. [Online].; 2024 [cited 2024 06. Available from: <https://www.counseling.org/mental-health-counseling/what-is-counseling>
13. Secretaría de Salud de México. Manual de procedimientos estandarizados para la vigilancia epidemiológica de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. [Online].; 2020 [cited 2023 07. Available from: <https://bit.ly/4cT7Ntd>.
14. Martínez D. Cualidades del personal de enfermería en salud mental para las consejerías en adicción a drogas. Scielo. 2019;(37). <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0ino.37.34726>.
15. Chávez B, Martínez Y, Contreras M, Muñoz J. Enfermería psiquiátrica: un pilar de la salud mental. CULCYT. Cultura científica y tecnológica. 2018; 65(15). <https://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/culcyt/article/view/2666>.

16. Gabrielsson S, Tuveesson H, Wiklund Gustin L, Jormfeld H. Positioning Psychiatric and Mental Health Nursing as a Transformative Force in Health Care. *Issues in Mental Health Nursing*. 2020; 41(11): p. 976-984. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1756009>.
17. Soto C. La construcción de la normalidad en la sexualidad contemporánea. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*. 2021;(10): p. 21-30. <https://doi.org/10.15366/jfgws2021.10.003>.
18. Venegas M. La masculinidad como máscara: clase, género y sexualidad en las masculinidades adolescentes. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*. 2020; 27. <https://doi.org/10.29101/crcs.v27i0.14142>.
19. Danyon A, Laforge J, Ross MM, Vanlangendonck R, Hasson J, Viswanath O, et al. Male Sexual Dysfunction. *Health Psychology Research*. 2022; 10(3). <https://doi.org/10.52965/001c.37533>.
20. Mollaioli D, Ciocca G, Limoncin E, Di Sante S, Luca Gravina G, Carosa E, et al. Lifestyles and sexuality in men and women: the gender perspective in sexual medicine. *Reproductive Biology and Endocrinology*. 2020; 18(10). <https://doi.org/10.1186/s12958-019-0557-9>.
21. Helen DS, Alicia GB, Jorge V, Eulalia VO, Alfonso C, Téllez-Molina MJ, et al. Drug-related and psychopathological symptoms in HIV-positive men who have sex with men who injects drugs during sex (slamsex): Data from the U-SEX GESIDA 9416 Study. *mHealth for Mental Health*. 2019. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220272>.

22. Tomkins A, George R, Kliner M. Sexualised drug taking among men who have sex with men: a systematic review. *Perspectives in public health*. 2019; 139(1): p. 23-33.
23. Íncera-Fernández D, Gámez-Guadix M, Moreno-Guillén S. Mental Health Symptoms Associated with Sexualized Drug Use (Chemsex) Among Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review. *Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph182413299>.
24. Foy A, Morris D, Fernandes V, Rimes K. LGBT+ adults' experiences of improving access to psychological therapies and primary care counseling services: informing clinical practice and service delivery. Cambridge Core. 2019. <https://doi.org/10.1017/S1754470X19000291>.
25. Sánchez-Espinoza A, Enríquez-Hernández C, Hernández-Cruz C, Hernández-Cruz C. Plan de cuidados de enfermería con enfoque educativo dirigido a paciente adulta con insomnio y linfoma de Hodgkin. [Online].; 2019. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2019/eim193f.pdf>.
26. Herrera A, Betolaza E, Murua F, Martínez H, Jiménez JM. Enfermería en adicciones: El modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon. A propósito de un caso práctico. [Online]. Available from: <https://www.elsevier.es/en-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-enfermeria-adicciones-el-modelo-teorico-13045095>.
27. Vera M, Aquilué M, Ariño G, Brocate M, Moreno R, Ruata A. Conociendo a Marjory Gordon: aplicación del patrón cognitivo-perceptivo en un caso clínico. [Online].; 2023. Available from: <https://bit.ly/441LCx0>.

28. Vilchez V, Sanhueza O. Enfermería: una disciplina social. [Online].; 2011. Available from: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v32n2/art6.pdf>.
29. Dirección general de regulación, vigilancia y control de la salud. ¿Como elaborar un familiograma paso a paso? [Online].; 2018. Available from: https://digi.usac.edu.gt/bvsalud/documentos/eblueinfo/All/All_034.pdf.
30. Suarez M. El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. Revista Médica La Paz. 2010; 16(1).
31. Universidad de Guanajuato. Clase digital 11. Genograma o familiograma. [Online].; 2022. Available from: <https://blogs.ugto.mx/rea/clase-digital-11-genograma-o-familiograma/>.
32. Ministerio de Salud de Argentina. Familiograma en tiempos de diversidad corporal, sexual y de género. [Online].; 2023 [cited 2023 06. Available from: <https://www.saludneuquen.gob.ar/wp-content/uploads/2023/02/Anexo-Familiograma.pdf>.
33. Romagnoli C, Kuzmanic V, Caris L. La familia y su rol en la prevención de conductas de riesgo: factores protectores. Valoras. 2015: p. 2.
34. DIF San Pedro Garza García. Una visión exploratoria de la relación entre factores de riesgo y causas de canalización. [Online]. San Pedro Garza García; 2021 [cited 2023 07. Available from: <https://bit.ly/3VXtWAj>.
35. Gesteiro E, Sánchez J, Perea S, Esparragó M, Bastida S. Investigadores en pediatría y neonatología rendimos homenaje a la Dra. Virginia Apgar. [Online].; 2019 [cited 2023 07. Available from: <https://www.jonnpr.com/PDF/2541.pdf>.

36. Valencia A, López G, Cardona D, Segura A, Muñoz D, Rojas D. Análisis Rasch de la escala APGAR-familia en adultos de Colombia. [Online].; 2021 [cited 2023 07]. Available from: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2021.26.2.8>.
37. GÓMEZ M, Lucio E, GÓMEZ H, Hugo L, Morales B, PÉREZ M. Uso del AUDIT y el DAST-10 para la identificación de abuso de sustancias psicoactivas y alcohol en adolescentes. [Online].; 2009 [cited 2023]. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80412413002>.
38. Rosas F, Rodríguez V, Hernández RD, Lagunes R. Estructura factorial de la versión mexicana del Inventario de Depresión de Beck II en población general del sureste mexicano. Salud uninorte. 2020; 36(2). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81769337008>.
39. Moral J, Garza D. Validación Local de una Escala de Conductas Sexuales de Riesgo en Adolescentes Escolarizados Mexicanos. Revista internacional de psicología. 2016; 15(2). <https://doi.org/10.33670/18181023.v15i02.226>.
40. Liobell P, Frías D, Monteberde H. Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en evidencias. Papeles del psicólogo. 2004; 25(87). <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808701.pdf>.
41. Labrador FJ. Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales. Psicothema. 2001; 13(3): p. 428-441. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72713308.pdf>.
42. Masters WH, Johnson VE. Human sexual inadequacy. Teratology. 1971; 4(4).

43. Zimmer D. Does marital therapy enhance the effectiveness of treatment for sexual dysfunction? *Journal of sex and marital therapy*. 2008; 13(3): p. 193-209. <https://doi.org/10.1002/tera.1420040411>.
44. O'Donohue W, Swingen D, Dopke C, Regev L. Psychotherapy for male sexual dysfunction: A review. *ELSEVIER*. 1999; 19(5). [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00063-4](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00063-4).
45. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos. [Online].; 2000 [cited 2023 07. Available from: <https://bit.ly/4aT5iFr>
46. Chou D, Cottler S, Khosla R, Reed G, Lale S. Sexual health in the international classification of diseases (ICD): implications for measurement and beyond. *Reproductive health matters*. 2015; 23.
47. Nathan G. The epidemiology of the DSM-III psychosexual dysfunction. *Journal of sex & marital therapy*. 2008; 12(4). <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2015.11.008>.
48. National Institute of diabetes and digestive and kidney disease. tratamiento para la disfunción eréctil. [Online].; 2017 [cited 2023 07. Available from: <https://bit.ly/43WFE0a>.
49. Urology Care Foundation. Eyaculación precoz, lo que debes saber. *Salud sexual*. 2023; p. 1-2.
50. Mayo Clinic. Eyaculación precoz. [Online].; 2022 [cited 2023 07. Available from: <https://bit.ly/3vQW5R>.
51. Nadal M, Cols M. Disfunción sexual causada por medicamentos. [Online].; 2017. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2016.11.007>.

52. Vercellino M, Phillipi R. Sexualidad, depresión y antidepresivos ¿Cómo enfrentar este dilema? Revisión comprensiva del uso de psicofármacos en trastorno depresivo mayor y sexualidad. Scielo. 2020; 58(4). <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272020000400400>.
53. OMS. VIH y sida. [Online].; 2023 [cited 2023 08. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
54. Mayo Clinic. VIH/sida. [Online].; 2022 [cited 2023 08. Available from: <https://mayocl.in/3JjJAyC>.
55. Morris S, University of California. Introducción a las infecciones de transmisión sexual (ITS). Manual MSD. 2023. <https://bit.ly/3Q2XZCX>.
56. Cachay E, University of California, San Diego School of Medicine. Tratamiento antirretroviral de la infección por HIV. Manual MSD. 2023. <https://bit.ly/3JkpYu4>.
57. Centro para el control y prevención de enfermedades. Estigma y la discriminación del VIH. [Online].; 2021 [cited 2023 08. Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/hiv-stigma/index.html>.
58. UNAIDS. Integración de las intervenciones en materia de salud mental y vih. [Online]. [cited 2023 08. Available from: <https://bit.ly/4aAPyqQ>.
59. Mashal, K, New York Presbyterian Hospital. Trastorno por uso de sustancias.
60. Tamminga C, Southwester Medical Dallas. Trastorno psicótico inducido por sustancias/medicación. Manual Merck. 2022. <https://bit.ly/3Q0qEIS>.

61. American Psychiatric Association. DSM-5-TR. [online].; 2021 [cited 2023, 08]. <https://www.mredscircleoftrust.com/storage/app/media/DSM%205%20TR.pdf>.
62. Centro de Integración Juvenil A.C. Manual de protocolos médicos para la atención de las adicciones. [Online]. [cited 2023 07]. Available from: <http://www.cij.gob.mx/pdf/ManualdeProtocolosMédicos.pdf>.
63. Cámara de diputados del H. Congreso de la Unión. Ley Federal de protección de datos personales en posesión de particulares. [Online].; 2017 [cited 2023 07]. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGPDPPSO.pdf>.
64. Ponce J. ¿Qué es arteterapia? [Online].; 2020 [cited 2023 08]. Available from: <https://www.usfq.edu.ec/sites/default/files/2020-08/5.%20Arteterapia.pdf>
65. Hernández F.J. Psicoeducación y salud mental [Online].; 2020 [cited 2024 05]. https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a5.pdf.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento informado



**Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
División de Estudios de Posgrado
Especialidad en Enfermería en Salud Mental**

Consentimiento Informado

Fecha: 22/03/2023

Por medio de este conducto se hace constatar que el Lic. En Enfermería César Mendiola Cabido ha solicitado mi colaboración para ser entrevistado (a) como parte de una consultoría en enfermería.

La intervención tendrá duración de 5 meses como parte del seguimiento de caso con frecuencia de al menos 1 intervención mensual para el monitoreo y seguimiento del estudio de caso.

Si me incomodan algunas preguntas, estoy en plena libertad de no responderlas y de abandonar las entrevistas si así lo decido, sin que de ninguna manera afecte mi proceso de atención en la institución.

Se me solicita un número telefónico para corroborar la fecha y hora de la próxima consultoría, además de confirmar la asistencia a la misma. De igual manera consiento la visita domiciliaria voluntaria dentro de mis posibilidades y con mi autorización previa a la visita.

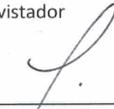
Asimismo, mediante este documento HAGO PATENTE, mi consentimiento para participar de forma voluntaria y consciente en este proceso e intervenciones que se deriven de este.


Marcos Fernando Frias Diaz

Nombre y firma de la persona entrevistada

Lic. Ent. César Mendiola Cabido 

Nombre y firma del entrevistador

Marcos F. Frias 

Nombre y firma del testigo

Anexo 2. Cronograma de actividades

Cronograma de Actividades							
	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto
Selección de voluntario							
Entrevista inicial / planteamiento							
Fundamentación							
Marco teórico							
Metodología							
Valoración once patrones funcionales							
Elaboración diagnósticos de enfermería							
Plan de cuidados de enfermería							
Taller “Viviendo en positivo”							
Entrega de Manual “Práctica de Chemsex en México”							
Taller psicoeducativo “Bordando mis emociones”							

Entrega del "Diario de Emociones"							
Proyección de la película "Cosas que importan"							
Ejercicio "Fortalezas y debilidades"							
Asistencia a la sesión terapéutica del Método Freeman							
Ejercicios de conciencia plena							
Plan de alta							

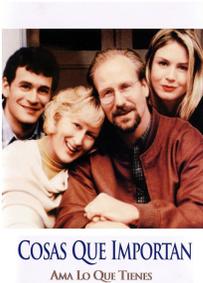
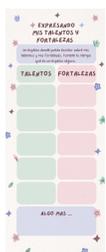
Símbolo	Etapas
	Valoración
	Diagnóstico
	Planeación
	Ejecución
	Evaluación

Anexo 3. Instrumentos de valoración

Indicador	Nombre del instrumento	Escala y/o puntuación	Interpretación y/o resultado	Disponible en:
3.1.	Instrumento de valoración de Marjory Gordon	Variable	Patrón 9. Sexualidad y reproducción Alterado.	https://pdf.ac/40PHto
3.2.	Apgar Familiar	6	Familia con disfunción moderada	https://pdf.ac/1U8hsT
3.3.	DAST-10	6	Resultado positivo a dependencia	https://pdf.ac/3cz1XK
3.4.	Escala de depresión y ansiedad de Goldberg	Ansiedad: 5 Depresión: 6	Presencia de depresión y ansiedad	https://pdf.ac/2oijED
3.5.	Inventario de depresión de Beck 8BDI-II)	30	Presencia de depresión grave	https://pdf.ac/1aTf3E
3.6.	Escala de Índices de Conducta de Riesgo (ICSR)	4	Presencia de conductas de riesgo	https://pdf.ac/1aTf3E

Anexo 4. Contenidos psicoeducativos

Indicador	Intervención	Lugar y fecha de aplicación	Ilustración	Disponible en:
4.1.	Taller psicoeducativo “Viviendo en positivo”	Domicilio del participante 13/05/23		https://pdf.ac/2gKUFb
4.2.	Entrega del Manual “Práctica de Chemsex en México”	Domicilio del participante 20/05/23		https://pdf.ac/2jgKTS
4.3.	Taller psicoeducativo “Bordando mis emociones”	Centro de atención a las adicciones ANANDA 09/06/2023		https://pdf.ac/3lf5p7
4.4.	Entrega del “Diario de emociones”	17/06/2023		https://pdf.ac/2jgLkx

4.5.	Proyección de la película "Cosas que importan"	24/06/2023		https://pdf.ac/3wFU5g
4.6.	Ejercicio "Fortalezas y debilidades"	08/07/23		https://pdf.ac/2yINsw
4.7.	Asistencia a la sesión terapéutica del Método Freeman	22/07/23		https://pdf.ac/3wFUH9
4.8.	Ejercicios de conciencia plena	05/08/23		https://pdf.ac/30gMHL