



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**“ALTERACIÓN DEL PATRÓN  
ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS”**

**ESTUDIO DE CASO**

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

PRESENTA:  
**GABRIELA GUADALUPE HERNÁNDEZ CORTÉS**

ASESOR:  
**E.E.S.M. WENDY ANGÉLICA GOÑY GONZÁLEZ**

**México, D.F. MARZO 2015**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

---

*A Avril, sabiendo que jamás encontraré la forma de agradecer, por compartir y enseñarme TANTO en tampoco tiempo.*

---

---

*A mis profesores por los grandes conocimientos compartidos, a Wendy y a Francisco por su apoyo, a Jazmín siempre agradecida por su guía incondicional y motivación durante todo este proceso de aprendizaje, nunca lo olvidaré.*

---

---

*A Dios, a mi mamá, mi familia, amigos y a Tonih por su amor y gran apoyo con el cual he logrado terminar la especialidad.*

---

---

*Que me conceda Dios saber expresarme y pensar como corresponde a ese don, pues él es el mentor de la sabiduría y quien marca el camino a los sabios. Porque en sus manos estamos nosotros y nuestras palabras, y toda la prudencia y el talento.*

---

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	6
2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO	
2.1. Objetivo general .....	7
2.2. Objetivo específico .....	7
3. FUNDAMENTACIÓN.	
3.1 Antecedentes .....	8
4. MARCO CONCEPTUAL	
4.1. Conceptualización de la enfermería .....	10
4.2. Paradigmas .....	11
4.3. Teoría de enfermería .....	13
4.4. Teorías de otras disciplinas .....	14
4.5. Proceso de enfermería .....	17
5. METODOLOGÍA	
5.1. Estrategia de investigación: Estudio de caso .....	19
5.2. Selección de caso y fuentes de información .....	19
5.3 Consideraciones éticas .....	20
6. PRESENTACIÓN DEL CASO	
6.1. Descripción del caso .....	22
6.2 Antecedentes generales de la persona .....	23
7. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	
7.1. Valoración HOSPITALIZACIÓN	
7.1.1. Valoración focalizada .....	25
7.1.2. Jerarquización de problemas .....	30
7.2. Diagnósticos de enfermería .....	31
7.3. Problemas interdependientes .....	33
7.4. Planeación de los cuidados	
7.4.1. Objetivo de la persona .....	34
7.4.2. Objetivo de enfermería .....	34
7.4.3. Intervenciones de enfermería en salud mental.....	35

7.5. Ejecución	
7.5.1. Registro de las intervenciones .....	50
7.6. Evaluación	
7.6.1. Evaluación de las respuestas de la persona .....	53
7.6.2. Evaluación del proceso .....	57
8. PLAN DE ALTA .....	59
9. CONCLUSIONES .....	62
10. SUGERENCIAS .....	64
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

---

# 1. INTRODUCCIÓN

---

El presente trabajo describe la atención especializada de Enfermería en Salud Mental brindada durante un periodo de práctica clínica a una persona con sufrimiento emocional. De esta manera se refleja el ejercicio de la especialidad, la cual tiene como propósito principal la provisión de cuidados, mediante una relación interpersonal, destinada a satisfacer las necesidades de salud y auto cuidado del individuo, bajo un enfoque humanitario y profesional.

El trabajo se desarrolla en diez apartados, en el primero se detallan los objetivos, posteriormente se abordan temáticas relacionadas con la epistemología de enfermería, se expone la conceptualización, paradigmas y teorías de la enfermería, además se incorpora también, concepciones de psicología con el modelo de afrontamiento según Lazarus y Folkman (1984). Se continúa refiriendo la metodología que sustenta esta profesión: el proceso de enfermería (en adelante PE). El quinto apartado se refiere a los aspectos metodológicos que se siguieron, la selección del caso, el contacto con la informante y las fuentes de información, incluyendo las consideraciones éticas que se adoptaron para este trabajo.

En el sexto apartado, se muestra el caso y los antecedentes de la persona con sufrimiento emocional, para dar continuidad al apartado séptimo donde se expone la atención especializada de Enfermería en Salud Mental a través del PE en base a la valoración de los 11 patrones funcionales según el modelo conceptual de Marjory Gordon, posteriormente se detalla el plan de alta proporcionado a la usuaria.

Finalmente se presentan las conclusiones y sugerencias en función de los resultados obtenidos de la atención especializada en Salud Mental, por el interés de mostrar las intervenciones en afrontamiento como primordiales en el ejercicio profesional de esta especialidad.

---

## 2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

---

### 2.1 OBJETIVO GENERAL:

---

---

- ∞ Describir la atención especializada en salud mental proporcionada a una usuaria internada en un hospital ubicado al sur de la Ciudad de México, a través del proceso de enfermería, durante el periodo de práctica clínica.

### 2.2 ESPECÍFICOS:

---

---

- ∞ Emplear los conocimientos teóricos de enfermería en salud mental para brindar atención a una usuaria con sufrimiento emocional.
- ∞ Valorar el estado de salud de la usuaria con base en el modelo de los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon (1993).
- ∞ Construir diagnósticos de enfermería para la atención especializada en salud mental.
- ∞ Diseñar y aplicar un plan de cuidados especializados en salud mental para dar respuesta a las necesidades de la usuaria.
- ∞ Evaluar el impacto de las intervenciones de forma continua a lo largo de todo el proceso.
- ∞ Exponer el resultado de las intervenciones especializadas en salud mental en el estado de salud de la usuaria.



---

## 3. FUNDAMENTACIÓN

---

### 3.1 ANTECEDENTES

#### Estudios realizados en relación al presente estudio de caso.

Enfermería se ha preocupado por desarrollar un método de trabajo adecuado que se adapte a su campo y que además funja como base científica y teórica, el método que ha influido en este avance de la profesión de enfermería es la introducción del PE, tanto para la investigación y desarrollo de sus bases teóricas, como para el ejercicio de la enfermería<sup>1</sup>.

En el 2003 Herrera Arce, et al., realizaron un estudio de un caso práctico, de un usuario en un centro ambulatorio de atención a drogodependencias a través de los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon desde el modelo de Hildergard Peplau (1952). Estos autores concluyen que al centrarse en un modelo y llevar a cabo el PE, contando con un registro de valoración riguroso, adaptado a la filosofía enfermera y al método científico, favorece la aplicación más estructurada, personalizada y adecuada de los cuidados de enfermería a las necesidades individuales de cada paciente/cliente\*.

Álvarez Gómez et al., en 2008 a través de una investigación descriptiva, determinaron los diagnósticos de enfermería más frecuentes, el perfil social y clínico de 50 jóvenes adictos a drogas, para elaborar un plan de cuidados<sup>3</sup>. La investigación permitió mostrar la importancia de la participación de enfermería en programas de salud mental y farmacodependencias.

Por otra parte, Pellegrino Toledo, et al., en 2014 documentan en un estudio su experiencia en la aplicación del PE, en la cual proporcionaron una mejor calidad de vida a una paciente con anorexia nervosa durante el internamiento en un hospital<sup>4</sup>.

---

\* Paciente, cliente o usuario son términos utilizados para las personas que reciben atención de los servicios de salud mental.

Estos estudios permiten mostrar la manera en que el PE constituye un método actual y necesario que permite evidenciar las intervenciones profesionales de enfermería en salud mental, motivo por el cual se realizó este trabajo.

---

## 4. MARCO CONCEPTUAL

---

### 4.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

---

---

Hasta el momento no existe un concepto universal de enfermería, este fenómeno está influenciado por las condiciones socioeconómicas y culturales de cada país, acontecimientos históricos que influyen en cualquier profesión y que la enfermería es una ciencia muy joven comparada con otras ciencias de la salud que tienen varios siglos de existencia. Aunque se observa una tendencia repetitiva en la literatura de determinados conceptos como son: ciencia, diagnóstico, respuestas humanas, cuidado y holismo, que pudieran ser los primeros pasos hacia la unificación conceptual<sup>5</sup>.

En el contexto de Enfermería, el desarrollo conceptual ha llevado a la construcción filosófica del *saber* (desarrollo conceptual), el *ser* (cuidado), y el *quehacer* (forma como se proporciona el cuidado) como base para facilitar la comprensión de la disciplina profesional<sup>6</sup>.

De acuerdo con Newman, Sime y Corcoran Perry una disciplina se distingue por un área o propiedad específica de indagación, que representa una creencia compartida entre sus miembros y que está relacionada con su razón de ser<sup>7</sup>.

La identidad de enfermería en la dimensión del saber, se ha basado históricamente desde los años 50 en la comprensión y articulación de las relaciones entre los conceptos de persona, salud, ambiente y enfermería, componentes esenciales de los modelos teóricos en enfermería, fuertemente influido por el paradigma humanista, el cual determina su hacer o área profesional propia o independiente. Este saber es la resultante del conocimiento generado, estructurado y acumulado por las propias enfermeras, sustentados en diferentes modelos teóricos<sup>8</sup>.

## 4.2 PARADIGMAS

---

A partir de la década de los 60, el inicio de la investigación en enfermería constató la falta de sistemas teóricos sólidos que pudieran ofrecer conexiones conceptuales válidas para el ejercicio profesional. Con estas observaciones en el área de la ciencia de enfermería se comienza a usar el concepto de paradigma como referente para el desarrollo de la ciencia y base para múltiples ciencias<sup>9</sup>.

La evolución histórica de la enfermería como disciplina, ha recibido influencias de las perspectivas paradigmáticas, en particular, la determinista, la interactiva-integrativa y la unitaria-transformativa<sup>10</sup>.

### DETERMINISTA

- **Cuidado – intervención terapéutica**
- **Respuestas medibles**
- **Instrumentos objetivos**

Desde la perspectiva particular determinista, el cuidado se estudia como una intervención terapéutica que afecta la salud de las personas en términos de respuestas medibles; por ello utiliza los instrumentos objetivos<sup>10</sup>.

### INTERACTIVA-INTEGRATIVA

- **Realidad multidimensional**
- **Contexto**
- **Legítima datos subjetivos**
- **Holístico-interactuante**
- **Fenómenos objetivos y subjetivos**

La perspectiva interactiva-integrativa asume la realidad como multidimensional; por tanto, tiene en cuenta el contexto, las múltiples dimensiones de la experiencia (biológica, psicológica, social y espiritual) y legitima los datos subjetivos. El ser humano es holístico, interactuante y no reducible a partes discretas; aun cuando las

partes se reconocen, solamente tienen significado dentro del contexto total. Estudia tanto fenómenos objetivos como subjetivos; por tanto, utiliza metodologías cualitativas y cuantitativas<sup>10</sup>.

### UNITARÍA-TRANSFORMATIVA

- **Reconocimiento humano a través de patrones de comportamiento**
- **Fenómenos de interés: sentimientos, decisiones, propósitos, experiencias internas, sentidos**

En la perspectiva unitaria-transformativa, el ser humano es más que y diferente a la suma de las partes y se reconoce a través de patrones de comportamiento. Los seres humanos están en intercambio mutuo y rítmico con sus ambientes y lo hacen de forma impredecible a medida que evolucionan. Los fenómenos de interés son el conocimiento personal, el reconocimiento del patrón, los pensamientos, valores, sentimientos, decisiones, los propósitos del individuo, las experiencias internas, los sentidos<sup>10</sup>.

La influencia de diferentes perspectivas ha hecho posible analizar el cuidado profesional en la interacción con las personas, lo cual ha permitido ver el cuidado como humanitario.

### 4.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA

---

Genéricamente, la teoría de la enfermería se define como “una comunicación de una conceptualización de algún aspecto de la realidad de la enfermería, con el propósito de describir un fenómeno, explicar las relaciones entre fenómenos, predecir las consecuencias o prescribir el cuidado de enfermería”<sup>7</sup>.

Los trabajos de las diferentes teóricas de enfermería se han organizado según grandes tipos de conocimientos, en virtud de las características predominantes que las distinguen. La primera se refiere a las filosofías sobre enfermería, incluye los primeros trabajos que condujeron a la construcción de modelos teóricos. El segundo tipo, constituido por modelos conceptuales de enfermería, comprende trabajos de las llamadas grandes teóricas o pioneras en el campo de enfermería. La tercera clase de trabajos se refiere a las teorías de enfermería llamadas de nivel medio. Tales teorías se han obtenido a partir de trabajos de otras disciplinas relacionadas con la enfermería, las teorías de nivel medio tienen un objetivo más restringido que las grandes teorías y son más concretas en su nivel de abstracción<sup>11</sup>.

---

**Tabla 1. Algunas teóricas de Enfermería**

<b>Filosofías</b>	<b>Modelos conceptuales</b>	<b>Teorías</b>
Nightingale	Orem	Peplau
Wiedenbach	Levine	Orlando
Henderson	Rogers	Travelbee
Abdalla	Johnson	Riehl-Sisca
Hall	Roy	Erickson, Tomlin y Swain
Watson	Neuman	Mercer
Benner	King	Bernard
	Roper, Logan y Tierney	Leininger
	Marjory Gordon	Parse
		Fitzpatrick
		Newman
		Pender

---

## 4.4. TEORIAS DE OTRAS DISCIPLINAS

---

### MODELO DE AFRONTAMIENTO

---

En las últimas décadas se ha producido un incremento del interés por el estudio de la influencia de las emociones y el comportamiento en el bienestar. Las dimensiones de afrontamiento se consideran disposiciones generales que llevan al individuo a responder y hacer frente de forma más o menos estable ante las diferentes situaciones estresantes<sup>12</sup>.

En la actualidad el modelo de afrontamiento al estrés, es propuesto por Lazarus y Folkman (1984), quienes definen el afrontamiento “como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”<sup>13</sup>.

El elemento clave, radical del modelo, es la ubicación del objeto de estudio en la relación de los sujetos con su medio, básicamente social. La valoración del sufrimiento como resultado del desequilibrio entre los recursos del sujeto, tanto objetivos como percibidos, y las demandas, igualmente percibidas y objetivas, de su entorno. Y la percepción de los esfuerzos de ajuste tanto en la modificación de las condiciones del medio como de su evaluación de sí mismo y su vivencia de la realidad<sup>14</sup>.

El afrontamiento sirve para dos funciones primordiales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema), y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción). Estas dos funciones se influyen la una a la otra y ambas pueden potenciarse o interferirse<sup>13</sup>.

A continuación se resumen los elementos dinámicos y estructurales del modelo de afrontamiento:

### La demanda del medio en cuanto compromiso

- Si esta demanda es irrelevante
- Si por el contrario es relevante

### Los procesos de evaluación de la situación estresante

- Evaluación primaria:
  - Consiste en analizar si el hecho es positivo o no y, además, valorar las consecuencias presentes y/o futuras del mismo<sup>15</sup>.
- Evaluación secundaria:
  - Es la evaluación que hace el sujeto de los recursos que posee, tanto personales y sociales, como económicos e institucionales, para hacer frente a la demanda del medio. En función a esta valoración el sujeto considera si posee recursos y capacidad para hacer frente<sup>14</sup>.

### Formas diferentes y complementarias de afrontamiento

- Afrontamiento dirigido al problema
  - Orientado a su modificación, a su cambio hacia otra que no suponga amenaza para el sujeto<sup>14</sup>.
- Afrontamiento dirigido a la emoción:
  - En este caso el sujeto no modifica la situación, por considerar que no es posible en ese momento o en ningún momento<sup>14</sup>.

Por lo antepuesto, es que existen diversas estrategias de afrontamiento que puede manejar un individuo, vinculadas a estresores específicos o a personas con características especiales<sup>15</sup>. Folkman y Lazarus en la escala de Modos de afrontamiento (1985), identifican ocho estrategias diferentes:

1. Confrontación: intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas o potencialmente arriesgadas.
2. Planificación: pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema.
3. Distanciamiento: intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que el afecte a uno.



4. Autocontrol: esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
5. Aceptación de responsabilidad: reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.
6. Escape-avoidance: empleo de un pensamiento irreal improductivo (p.ej. <<Ojalá hubiese desaparecido esta situación>>) o de estrategia como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos.
7. Reevaluación positiva: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante.
8. Búsqueda de apoyo social: acudir a otras personas (amigos, familiares, etc.) para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional<sup>15</sup>.

Al menos tres grandes aspectos deben considerarse en la conceptualización del afrontamiento: 1) El afrontamiento no tiene que ser una acción que conlleve éxito, sino más bien un esfuerzo que se ha realizado 2) Este esfuerzo no necesariamente tiene que ser manifestado de manera expresa en la conducta observable, sino que puede encontrarse dirigido también hacia las cogniciones 3) Una evaluación cognitiva de la contribución de la situación es un prerrequisito del inicio de los intentos de afrontamiento<sup>12</sup>.

Este modelo posee una clara apertura interdisciplinaria, hace posible integrar los datos y esquemas de diferentes disciplinas, lo que facilita el desarrollo de la planificación estratégica de intervenciones que impliquen más de un tipo de servicios (sanitarios, sociales, educativos, etc.) y de profesionales<sup>14</sup>.

## 4.5 PROCESO DE ENFERMERÍA

---

El PE es el método científico de actuación de la enfermería que garantiza calidad en los cuidados, su organización en cinco etapas cíclicas, interrelacionadas y progresivas, crean un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería. Cada etapa del proceso cuenta con herramientas útiles que permiten pasar del PE teórico a un sistema de trabajo realista.

### ***1ª etapa: Valoración***

Es el inicio del PE; consiste en recoger y examinar la información sobre el estado de salud en forma organizada y sistemática. Busca evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden generar problemas de salud, así como también busca evidencias de los recursos con que cuenta el usuario<sup>16</sup>. Esta recogida de datos se efectúa a través de formas o técnicas diversas, hecho probablemente motivado por la idiosincrasia del modelo a utilizar.

Puesto que todos los modelos reconocen la necesidad de abordar la totalidad de la persona, cualquiera que sea su estado de salud o de enfermedad y dada la importancia que tiene identificar y resolver problemas que pueden alterar estos estados<sup>2</sup>, en función de este trabajo, se instrumentó el modelo conceptual de Marjory Gordon sobre "Patrones funcionales de salud".

Marjory Gordon identifica 11 patrones de salud que se enlistan a continuación:

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

La descripción y evaluación de estos patrones permiten determinar si la función de aquéllos es positiva, o si por el contrario, existe algún tipo de disfunción. No obstante, se asume que esta división es artificial, pues el funcionamiento humano debe verse de

forma integral. Por consiguiente, todos los patrones deben considerarse interrelacionados, interactivos e interdependientes<sup>2</sup>.

### ***2ª etapa: Diagnóstico.***

Cuando se está reuniendo la información se empieza a interpretar lo que ésta significa, nos dirige al diagnóstico enfermero, es decir, la segunda etapa del PE. Éste estriba en un enunciado que describe, diagnostica y trata las respuestas humanas ante problemas de salud reales o potenciales<sup>17</sup>, implica el grado de dependencia e independencia del paciente o su familia, sus necesidades y capacidades.

### ***3ª etapa: Planeación***

Después de obtener el diagnóstico exacto se procede a la planificación correcta. Se inicia con la determinación de prioridades inmediatas, después se fijan objetivos esperados (o resultados esperados), se determinan las intervenciones y se finaliza anotando e individualizando el plan de cuidados<sup>16</sup>. En esta etapa es elemental la participación del usuario y su familia (si es el caso), debido a que entre la enfermera y el usuario deben definir las metas aceptables para ambos.

### ***4ª etapa: Ejecución***

En esta etapa, se pone en práctica el plan de cuidados de enfermería para lograr resultados específicos.

### ***5ª etapa: Evaluación***

La evaluación es una acción continua y formal, que está presente a lo largo de todo el proceso de atención de enfermería; es parte integral de cada una de las etapas y está presente en todas ellas<sup>18</sup>.

---

## 5. METODOLOGÍA

---

### **5.1 ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN: ESTUDIO DE CASO**

---

Los diversos métodos de investigación tienen ventajas y desventajas según el tipo de problema abordado y sus circunstancias.

Los autores disponen habitualmente de una gran variedad de normas para la publicación de trabajos científicos, bien sean investigaciones básicas o aplicadas. Sin embargo, las normas convencionales no tienen en cuenta los casos clínicos<sup>19</sup>. A pesar de la ausencia de normas específicas para este tipo de publicaciones, que obstaculiza el alcance a un esquema regulado y reconocido; en el área de salud, se publican casos clínicos haciendo uso del estudio de caso, que debido a su carácter particular es útil para asesorar y desarrollar procesos de intervención en personas, y en el cual se dan recomendaciones o cursos de acciones a seguir<sup>20</sup>.

El estudio de caso es una de las metodologías utilizadas en la investigación en psicología, y sin duda, una de las más útiles desde el punto de vista aplicado, pues permite que los clínicos puedan transmitir sus experiencias de una forma sistemática... lo que sin duda contribuye al acercamiento entre teoría y práctica ...<sup>19</sup>.

Esta metodología se ajusta perfectamente con la aplicación del PE, ya que como se mencionó anteriormente, permite suministrar alternativas de solución a los diferentes problemas, que las personas –si lo desean- pueden implementarlas en su vida<sup>20</sup>. Por lo anterior el abordaje metodológico desde enfermería se dio a través del PE.

### **5.2 SELECCIÓN DE CASO Y FUENTES DE INFORMACIÓN**

---

Los criterios de inclusión para la selección del caso fueron: usuaria de nuevo ingreso al servicio de hospitalización, que aceptara participar en la intervención de enfermería durante la práctica clínica de salud mental. Las fuentes de información fueron directas e indirectas.

### 5.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

---

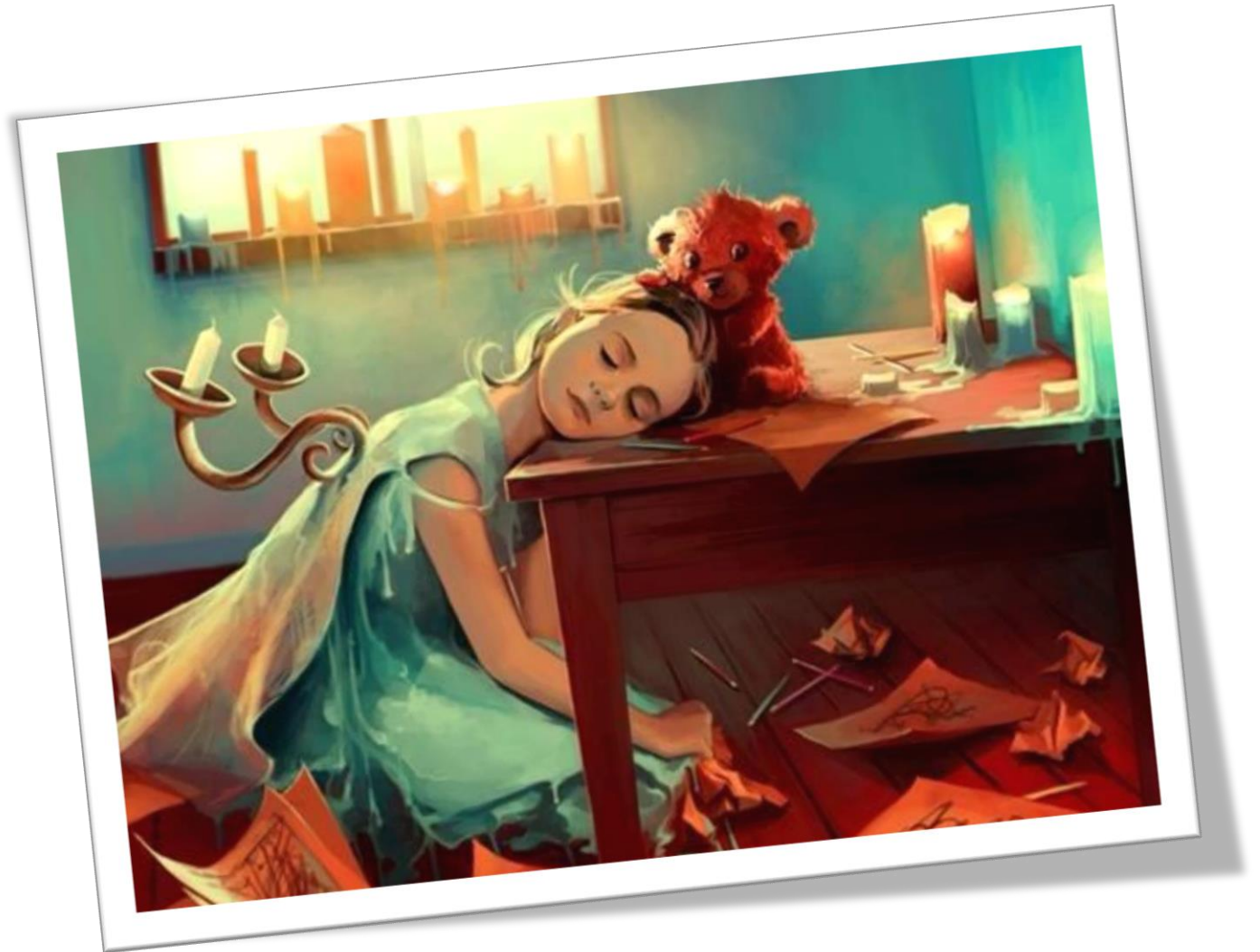
Debido a la existencia de los dilemas éticos, se han desarrollado acuerdos entre los científicos de los distintos países y creado códigos para servir de marco ético y guiar los esfuerzos y actividades profesionales de investigación específicos para diferentes profesiones y organismos, de tal manera que existe una variedad de aportes por grupos de psicólogos, sociólogos, médicos, enfermeras y organismos como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización de las Naciones Unidas para la educación, la ciencia y la cultura (UNESCO), así como de grupos determinados que realizan cierto tipo de investigación en áreas específicas del conocimiento<sup>21</sup>.

Para dar conformidad a lo establecido en la Ley General de Salud y en la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, en este trabajo fueron garantizados la confidencialidad y anonimato. Se obtuvo el consentimiento de la usuaria en el cual acepta la atención de enfermería en salud mental durante el periodo de hospitalización, previamente se le informó sobre el interés pedagógico y posible publicación de este trabajo.

---

## 6. PRESENTACIÓN DEL CASO

---



*"Às vezes é preciso dormir, dormir muito. Não pra fugir, mas pra descansar a alma dos sentimentos. Quem nasceu com a sensibilidade exacerbada sabe quão difícil é engolir a vida. Porque tudo, absolutamente tudo devora a gente. Inteira"*

\*

---

\* Marla de Queiroz

## 6.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

---

### AVRIL

Avril<sup>†</sup> tiene 20 años, es hija única de una familia de clase media, de religión católica, sin embargo ella refiere no practicarla. Es soltera. Vive con su madre, la cual funge como red de apoyo principal. Se encuentra estudiando el primer semestre de la carrera de psicología, siempre se ha destacado por ser una alumna de excelencia académica, tiene gusto especial por la música, el canto y la actuación, por lo que en su tiempo libre, ensayaba con su banda de música pop que creó con otros dos jóvenes de su edad, donde ella es la vocalista principal.

### MOTIVO DE LA ATENCIÓN

TIV (Fecha: 12-10-12): “Por la depresión y todo eso...” sic. pac.

### PADECIMIENTO ACTUAL

Hace un mes comienza con anhedonia, tristeza, labilidad emocional, estado de ánimo bajo, llanto fácil, hipersomnias aproximadamente 12 horas, somnolencia, siestas vespertinas de las 17 a las 21hrs de carácter no reparador, baja concentración y atención, fatiga, disminución del apetito con baja ingesta de alimentos, pérdida ponderal de 2kg. Alteración en higiene y aseo, ideas sobrevaloradas e ideación suicida no estructurada.

(Fecha: 10-10-12) En contexto impulsivo realiza intento suicida, ingiere 10 tabletas de 10mg de metilfenidato (Ritalin) “leí que con 60mg te hacia mal...” sic. pac., presenta aumento de la actividad psicomotora, palpitaciones, ansiedad, verborrea y presencia de autolesiones (rasguños). Solicitó ayuda a amistades y acudieron a Clínica 10 del IMSS. Posteriormente acudió con su madre, donde se refirió a un Hospital Psiquiátrico al sur de la Ciudad de México.

---

<sup>†</sup> Avril es el pseudónimo que se utilizó para proteger la confidencialidad de la información.

## 6.2 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA

---

### ANTECEDENTES FAMILIARES

Madre: viva de 51 años, ocupación secretaria, vive en el mismo domicilio que la paciente. “no le cuento muchas cosas porque se pone mal, trabaja mucho tiempo, no nos llevamos bien...” sic. pac.

Padre: vivo, no vive con la paciente y no se ha hecho presente en su vida, “lo vi una vez cuando tenía 15 años...” sic. pac.

Ambiente familiar: Madre funge como responsable del soporte económico y cuidado del hogar, “mi mamá me paga la escuela...” sic. pac. Relación madre-hija conflictiva con muy poca comunicación, “mi mamá dice que soy muy sensible, que todo me afecta...” sic. pac., una vez al mes se reúne con familiares maternos, abuela y tías. No existe vínculo con figura paterna. Conflicto sentimental por la muerte de abuelo materno, hace cinco años.

### ADOLESCENCIA

A los 12 años sufre de abuso sexual con penetración por profesor de canto, en varias ocasiones, la madre descubre situación e inicia denuncia, Avril recibe atención psicológica hasta un año después. De igual manera a los 12 años refiere enamoramiento con profesora de su escuela, a la cual le expresa sus sentimientos, al ser rechazada refiere sentirse deprimida y comienza a tener comportamientos compulsivos de hostigamiento, “sólo la seguía, quería verla, después de dos años ya no la vi...” sic. pac., a los 14 años incrementa interés por su imagen corporal, inicia dietas, de los 15 a 17 años presenta conductas purgativas, vómitos con frecuencia de una vez al día, a los 16 años inicia con atracones con frecuencia de una cada tres días, con preferencia a los alimentos altos en azúcar. Inicia con conductas autolesivas, golpes en la cabeza y cortes en ambos antebrazos. Posteriormente a los 17 años vuelve a enamorarse de otra profesora de preparatoria, siguiendo el mismo patrón de



comportamiento por lo que le solicitan a la madre de la paciente que la cambie de escuela. Y nuevamente a los 19 años refiere enamoramiento con otra profesora, ahora de la universidad, “nunca me hacen caso las personas que me gustan...” sic. pac. Hace un año presenta intento suicida, consume siete tabletas de Loflazepato de etilo (Victan) de 2 mg “sólo me quede muy dormida por mucho tiempo (sonríe)...” sic. pac.

---

# 7. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

---

## 7.1. VALORACIÓN INICIAL

---

---

### 7.1.1 Valoración focalizada

---

#### 1. Patrón percepción-control de la salud

Se encuentra a Avril con aspecto desaliñado e inadecuado aseo personal, comenta que desde hace un mes debido a su ánimo bajo no realiza tareas de cuidado personal pasando la mayor parte del tiempo durmiendo. Tiene pobre conocimiento de su estado de salud, parcial conciencia de enfermedad y antecedentes de no adaptación a régimen terapéutico. En cuanto a conductas adictivas, ha consumido alcohol en una sola ocasión, a la edad de 12 años y también marihuana solo una ocasión hace tres meses.

#### 2. Patrón nutricional-metabólico

Peso 49kg, talla 1.58 m, índice de masa corporal (en adelante IMC): 19.63 kg/m<sup>2</sup>, refiere disminución del apetito, preferencia alimentaria ovolactovegetariana, inicia dietas a los 14 años, de los 15 a los 17 cuenta que tuvo conductas purgativas, se provocaba vómitos con frecuencia de una vez al día. A los 16 inició con atracones de alimentos azucarados con frecuencia de uno cada tres días. Muestra preocupación por imagen corporal, específicamente su peso “no me gusta, quiero estar más delgada, tengo mucho músculo en los brazos...” sic. pac., consume tres litros de agua diarios como mínimo. Pérdida ponderal de 2 kg.

#### 3. Patrón de eliminación

Señala que desde hace más de cinco años su eliminación intestinal ha sido con frecuencia de una vez cada dos días: “siempre he sido estreñida...” sic. pac., sin

embargo, no refiere malestar. Eliminación vesical con frecuencia de seis veces al día. Eliminación cutánea normal.

#### **4. Patrón actividad-ejercicio**

Comportamiento adecuado al contexto, con expresión facial triste, ánimo bajo, refiere fatiga y falta de voluntad para realizar actividades que le agradaban desde hace un mes, disminución de la concentración y la atención, acude a la escuela de lunes a viernes por dos horas diarias y regresa a su casa a dormir tendiendo al aislamiento, sin actividades de ocio y nula ejercitación física y pobre interés por cambiar su rutina diaria. Comportamiento motriz sin alteraciones.

#### **5. Patrón sueño-descanso**

Hipersomnia (por la noche 12 horas), “duermo de las nueve de la noche a las nueve de la mañana...” sic. pac., refiere siestas vespertinas de cuatro a cinco horas de carácter no reparador. Presenta somnolencia durante la entrevista. Refiere que ocasionalmente tiene pesadillas “sueño que Fredy (personaje de película) me persigue y me quiere clavar un cuchillo... pero para mí eso no es pesadilla, me relaja...” sic. pac.

#### **6. Patrón cognitivo-perceptual**

Nivel de conciencia y actitud respecto al entorno sin alteraciones. Orientada en lugar, tiempo, persona y circunstancia. Refiere alucinaciones hipnagógicas frecuentes. Memoria inmediata y remota, conservada. Pensamiento coherente y organizado, juicio pobre dentro del marco de la realidad. Lenguaje normal en velocidad, cantidad y volumen, tono y modulación adecuados al contexto.

#### **7. Patrón autopercepción-autoconcepto**

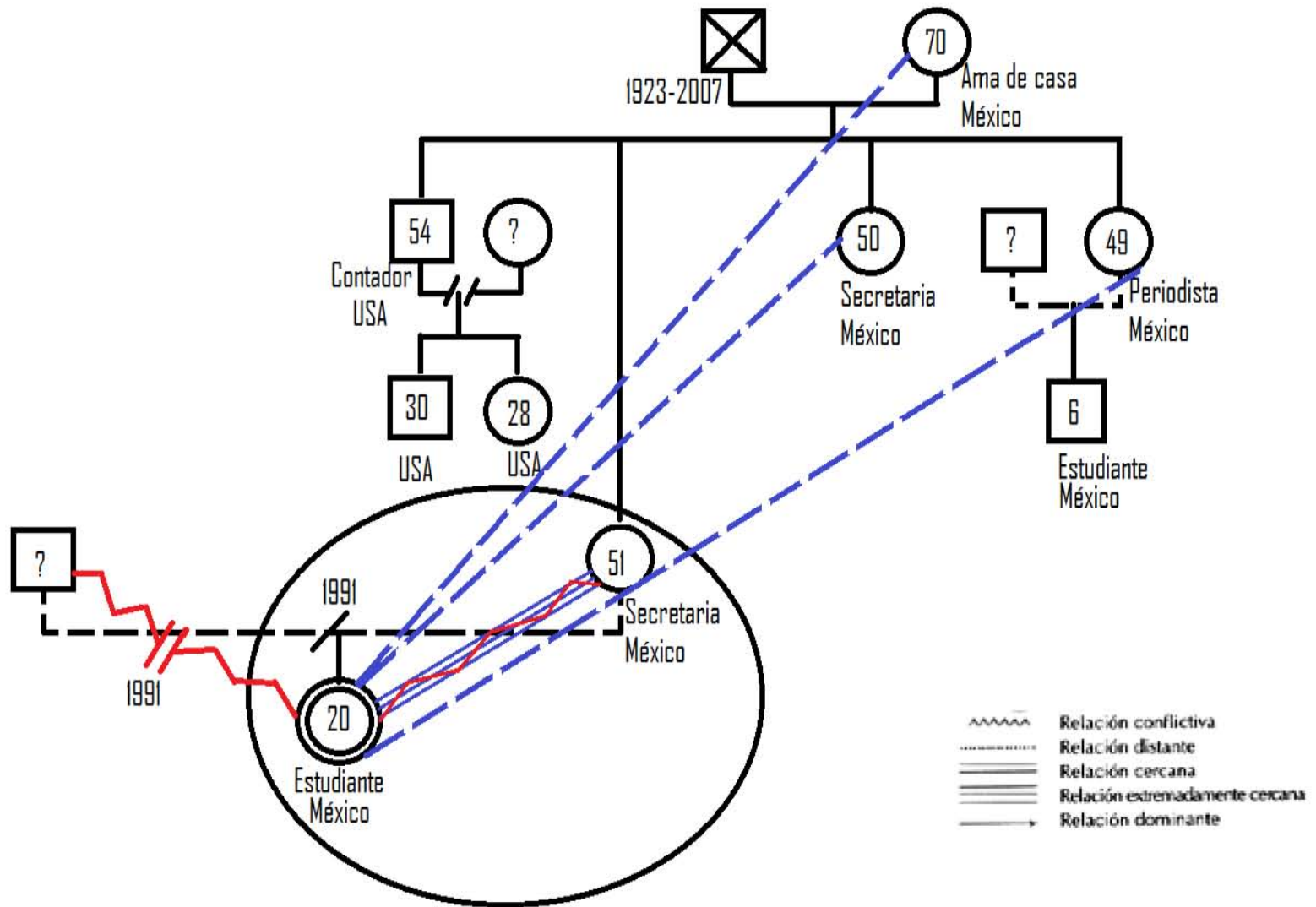
Reacción emocional adecuada al contexto, afecto restringido, hipotímico, ideas sobrevaloradas de minusvalía, actitud de rechazo frente a su cuerpo, evaluación distorsionada de su peso y silueta: “me siento gorda, tengo como mucho músculo en

los brazos...” sic. pac., sentimientos de tristeza, no percibe la gravedad de la pérdida de peso y sus consecuencias fisiológicas.

### **8. Patrón rol-relaciones**

La madre de Avril funge como responsable del soporte económico y cuidado del hogar, “mi mamá me paga la escuela...” sic. pac. Relación madre-hija conflictiva con muy poca comunicación, “mi mamá dice que soy muy sensible, que todo me afecta, pero es ella la que me pone ansiosa... por eso casi no le cuento nada...” sic. pac. Anteriormente no han afrontado de forma constructiva los problemas. Una vez al mes se reúne con familia materna, abuela y tías. No existe vínculo con figura paterna. Conflicto sentimental por la muerte de abuelo materno, hace cinco años. En cuanto a relaciones interpersonales comenta: “Amigos... no, pocas personas con las que me junto, como dos...” sic. pac.

# GENOGRAMA



## **9. Patrón sexualidad-reproducción**

Menarca a los 12 años. FUM 16/09/12. Cuatro parejas sexuales, método anticonceptivo preservativo. Preferencia bisexual. A los 12 años abuso sexual con penetración por profesor de canto, varias ocasiones. Refiere pensamientos de buscar y lastimar a su agresor, incluso deseos de matarlo.

‡

## **10. Patrón adaptación-tolerancia al estrés**

Avril percibe específicamente como estresor relevante, los proceso de enamoramiento con maestras, al ser rechazada ha presentado conductas físicas y emocionales lesivas para sí misma, mostrando poca tolerancia a la frustración y ansiedad; escribe notas sobre sus relaciones personales, mensajes desesperados con ideas sobrevaloradas de minusvalía y expresa sentimientos coléricos hacia personas significativas que le han rechazado. Desde los 16 años, golpea su cabeza y realiza cortes en ambos antebrazos, muestra corte en su pierna izquierda con la oración <take me away>§.

En cuanto a otras situaciones amenazantes, Avril se inclina por realizar evaluaciones primarias de la situación, es decir, Avril únicamente percibe al estresor como relevante, sin embargo no continua realizando un análisis de los recursos que posee para aceptar y/o resolver la situación amenazante (evaluación secundaria), inclinándose por un afrontamiento dirigido a la emoción, manifiesta pensamientos desalentadores para mejorar su situación: “no puedo y no sé cómo sentirme bien”, por lo que su estado de ánimo se convierte en tristeza y al tratar de hacer algo para minimizar las reacciones que el estresor causa, se inclina por enfrentar el problema

---

‡ La valoración y actuación en este patrón es excesivamente delicado por el trauma sufrido, pues cada recuerdo intrusivo, lejos de ser abreactivo, es retraumatizante. Por lo que las intervenciones presuntamente catárticas terminan siendo iatrogénicas<sup>22</sup>. Es por eso que durante el tiempo de la atención especializada en el hospital no se consideró intervenir de manera específica en este patrón, no obstante obtuvo atención en psicoterapia.

§ Take me away (traducción en español llévame lejos) es una canción escrita por Avril Lavigne y Evan Taubenfeld, la usuaria dedicaba esa canción a su abuelo fallecido.

con estrategias que ponen en riesgo su salud: “cortarme, ver sangre y películas de terror me relaja, las películas de terror son mejor que la realidad...” sic. pac.

## **11. Patrón valores-creencias**

Avril comenta sentirse “vacía por dentro...” sic. pac., refiere anhedonia desde hace un mes y en este momento le cuesta trabajo encontrarle sentido a su vida. No presenta actitud religiosa, ni manifiesta creencias o valores importantes de la historia personal.

---

### **7.1.2 JERARQUIZACIÓN DE PROBLEMAS**

---

#### **Problemas de inmediata atención:**

- ∞ Alteración en el patrón adaptación-tolerancia al estrés
- ∞ Alteración del patrón percepción-control de la salud
- ∞ Alteración del patrón nutricional-metabólico
- ∞ Alteración en el patrón sueño-descanso y actividad-ejercicio
- ∞ Alteración en el patrón cognitivo-perceptual

#### **Problemas de mediata atención:**

- ∞ Alteración en el patrón autopercepción-autoconcepto
- ∞ Alteración en el patrón valores y creencias
- ∞ Alteración en el patrón rol-relaciones
- ∞ Alteración del patrón sexualidad-reproducción

## 7.2 DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

---

### 1. Patrón percepción-control de la salud

Alteración del patrón percepción-control de la salud r/c\*\* estado hipotímico m/p†† no adherencia a las actividades relacionadas con la salud.

### 2. Patrón nutricional-metabólico

Alteración del patrón nutricional-metabólico r/c distorsión de la autoimagen m/p IMC por debajo de los niveles normales, informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas y antecedentes de conductas restrictivas y purgativas.

### 3. Patrón de eliminación

Juicio clínico: a pesar de que la usuaria se percibe como estreñida, no existen datos por el momento que apoyen esta percepción, pues la baja frecuencia de evacuaciones está ligada a la baja ingesta de alimentos, por lo que en este momento sólo se monitoriza este patrón por posibles cambios si se inicia tratamiento psicofarmacológico.

### 4. Patrón de actividad-ejercicio

Alteración del patrón actividad-ejercicio r/c abulia m/p hábitos del último mes caracterizados por un bajo nivel de actividad física y social.

### 5. Patrón sueño-descanso

Alteración en el patrón sueño-descanso r/c depresión m/p hipersomnias.

### 6. Patrón cognitivo-perceptual

Alteración en el patrón cognitivo-perceptual r/c distorsión de la recepción sensorial auditiva m/p alucinaciones hipnagógicas “es como un murmullo...” sic. pac.

---

\*\* r/c: abreviatura de relacionado con, que se refiere a los factores relacionados.

†† m/p: abreviatura de manifestado por, que se refiere a las características definitorias.



### **7. Patrón autopercepción-autoconcepto**

Alteración en el patrón autopercepción-autoconcepto r/c distorsión de la imagen corporal m/p verbaliza negación de sí misma y de sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo.

### **8. Patrón rol-relaciones**

Alteración en el patrón rol-relaciones r/c sistema de afrontamiento ineficaz dentro de la familia m/p ansiedad y sistemas de comunicación cerrados.

Alteración en el patrón rol-relaciones r/c ausencia de personas significativas m/p incapacidad para comunicar una sensación satisfactoria de implicación social.

### **9. Patrón sexualidad-reproducción**

Alteración en el patrón sexualidad-reproducción r/c abuso sexual m/p daño psíquico.

### **10. Patrón tolerancia-adaptación al estrés**

Alteración en el patrón tolerancia-adaptación al estrés r/c crisis situacionales m/p historia de conducta autolítica, tristeza y manifestar “cortarme, ver sangre y películas de terror me relaja, las películas de terror son mejor que la realidad...” sic. pac.

Riesgo de automutilación r/c necesidad de una rápida reducción de estrés.

Riesgo de violencia dirigida a otros r/c pobre control de impulsos.

### **11. Patrón valores-creencias**

Alteración en el patrón valores y creencias r/c depresión m/p sentirse “vacía por dentro...” sic. pac.

## 7.3 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

---

**Diagnóstico médico:** Trastorno Depresivo Mayor + Riesgo suicida<sup>##</sup>

El abordaje y seguimiento del caso clínico a través del trabajo colaborativo se llevó a cabo de la siguiente manera:

Psiquiatría inicia tratamiento farmacológico con quetiapina y venlafaxina. Los objetivos del cuidado terapéutico se basaron en el conocimiento y la respuesta de la medicación, con especial interés en la intervención administración de la medicación: oral, el conocimiento de los efectos terapéuticos y efectos indeseables de la medicación, para lo que se informó a la usuaria de las acciones y posibles efectos adversos esperados de la quetiapina y venlafaxina. Obteniendo un conocimiento sustancial.

Conjuntamente se trabajaron los objetivos de acuerdo a la respuesta de la medicación de igual manera con los efectos terapéuticos y efectos adversos, por tanto la intervención consistió en el manejo de la medicación, obteniendo una mejoría en el estado de salud, pues desaparecieron los síntomas: anhedonia, labilidad emocional, alucinaciones hipnóticas, autolesiones e intento suicida.

Ahora bien, en cuanto a efectos adversos, la evaluación arroja que tras inicio de tratamiento farmacológico presenta, hipotensión ortostática, vértigo, somnolencia y taquicardia. Se identificó riesgo de lesión r/c fármacos (quetiapina) por lo que se continua con objetivo enfocado a la respuesta de la medicación solo qué ahora específicamente con efectos adversos, se inician intervenciones de monitorización de signos vitales, control de medicación y prevención de riesgo de caídas. Se obtiene evaluación favorable de efectos adversos no comprometiendo el estado de salud.

---

<sup>##</sup> Existe una estrecha y reconocida relación entre el trastorno depresivo mayor (TDM) y el espectro de conductas suicidas. Este es el diagnóstico nosológico más frecuente en los suicidios consumados y se estima que está presente en entre un 20% y un 35 % de las muertes por suicidio. Además entre el 35% y el 80% de las personas que reciben atención médica por intentos de suicidio tienen depresión y se estima que al menos el 27 % de los pacientes con TDM ha tenido por lo menos un intento de suicidio a lo largo de su vida <sup>23</sup>.

## 7.4 PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS

---

### 7.4.1 OBJETIVO DE LA PERSONA

---

- ∞ “Buscar motivación...” sic. pac.

### 7.4.2 OBJETIVO DE ENFERMERÍA

---

- ∞ Crear una relación terapéutica con la usuaria que favorezca en ella, la producción de procesos de búsqueda de salud.
- ∞ Ayudar a identificar en la usuaria los recursos-fortalezas con las que cuenta para influir en la estrategia de afrontamiento.
- ∞ Fomentar la capacidad para realizar la mayoría de las actividades de cuidado personal y adherencia terapéutica.
- ∞ Mejorar la ingesta alimentaria.
- ∞ Ayudar a encontrar un equilibrio entre la actividad y descanso.
- ∞ Impulsar el autocontrol de las alteraciones perceptivas.
- ∞ Influir para que la autopercepción de la imagen corporal sea lo más cercana a la realidad.
- ∞ Trabajar con la usuaria en conductas asertivas para mejorar relaciones familiares.
- ∞ Fomentar la implicación social con las demás usuarias del servicio de hospitalización.
- ∞ Provocar un autoanálisis de las maneras de afrontamiento, eficaces e ineficaces en la usuaria.
- ∞ Evitar conductas autolesivas.
- ∞ Evitar conductas violentas dirigidas a otros.
- ∞ Acompañar a la usuaria en el proceso de búsqueda de salud.

---

### 7.4.3 INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

---

La atención de enfermería en salud mental depende en gran medida de la relación enfermera- paciente, por lo que fue fundamental actuar en la construcción de ésta relación. En primer lugar se presentan las intervenciones que ayudaron y cimentaron la relación terapéutica:

---

#### Intervención de Enfermería

##### RELACIONES COMPLEJAS EN EL HOSPITAL

###### Definición

Establecimiento de una relación terapéutica con un usuario para promover la perspicacia y el cambio conductual<sup>24</sup>.

###### Criterios de inclusión

- Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud
- Mantenimiento ineficaz de la salud<sup>25</sup>.

###### Actividades desarrolladas

Preparación un medio físico cómodo antes de las interacciones.

Creación de un clima cálido y de aceptación.

Manejo confidencial la información compartida.

Seguridad a la usuaria del interés en ella como persona.

Atención y respuesta a los mensajes no orales.

Establecimiento de acuerdo sobre la hora y duración de los encuentros.

Facilitar la autorresponsabilidad.

Preparación del final de la relación.

---

## Intervención de Enfermería

### PRESENCIA

#### Definición

Permanecer con otra persona durante los momentos de necesidad, tanto física como psicológica<sup>24</sup>.

#### Criterios de inclusión

- Ansiedad.
- Síndrome postraumático.
- Temor <sup>25</sup>.

#### Actividades desarrolladas

Permanencia física sin espera de respuesta de interacción.

Disponibilidad como elemento de ayuda.

Demostración de actitud de aceptación.

Acompañamiento con la usuaria para fomentar seguridad y disminuir miedos.

Transmisión de sentimientos de seguridad y confianza durante los períodos de ansiedad.

---

## Intervención de Enfermería

### ESCUCHA ACTIVA

#### Definición

Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales<sup>24</sup>.

#### Actividades desarrolladas

Realización de preguntas abiertas que animaran la expresión de pensamientos, sentimientos y preocupaciones.

Uso de la comunicación no verbal para facilitar la comunicación.

Establecimiento del propósito de la interacción.

Enfoque completo en la interacción, eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.

Escuchar el contenido de la conversación.

---

## **Continuación de la intervención de Enfermería**

### **ESCUCHA ACTIVA**

Atención de las palabras que se evitan, así como mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas.

Atención a la entonación e inflexión de voz.

Retroalimentación para aclarar y verificar la comprensión de los mensajes.

Evitación de barreras a la escucha activa.

Uso del silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.

A continuación se presentan las intervenciones y actividades realizadas correspondientes a los diagnósticos identificados:

**Alteración del patrón percepción-control de la salud** r/c estado hipotímico m/p no adherencia a las actividades relacionadas con la salud.

---

### Intervención de Enfermería

#### GUÍA SOBRE EL SISTEMA SANITARIO

##### Definición

Facilitar al paciente la localización y la utilización adecuada de los servicios sanitarios<sup>24</sup>.

##### Criterios de inclusión

- Alteración del mantenimiento de la salud<sup>25</sup>.

##### Actividades desarrolladas

Se explicó el sistema de cuidados sanitarios, su funcionamiento y lo que puede esperar la usuaria.

Información a la usuaria sobre los distintos tipos de instalaciones de cuidados.

Se facilitó la comunicación entre los proveedores del sistema sanitario.

---

### Intervención de Enfermería

#### AYUDA AL AUTOCUIDADO

##### Definición

Ayudar al usuario a realizar las actividades de la vida diaria<sup>24</sup>.

##### Criterio de inclusión

- Déficit de autocuidado.
- Manejo ineficaz del régimen terapéutico.
- Alteración en el mantenimiento de la salud.
- Afrontamiento ineficaz.
- Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud<sup>25</sup>.

---

## **Continuación de la intervención de Enfermería**

### **AYUDA AL AUTOCUIDADO**

#### **Actividades desarrolladas**

Comprobación de la capacidad de la usuaria para ejercer autocuidados independientes.

Se le proporcionó un ambiente terapéutico garantizando una experiencia privada y personalizada.

Se facilitaron los objetos personales deseados.

Estimulación a la usuaria para realizar actividades de la vida diaria.

Establecimiento de rutina de actividades de autocuidados.

Repetición de las rutinas sanitarias.

---

## **Intervención de Enfermería**

### **ENSEÑANZA: MEDICACIÓN PRESCRITA**

#### **Definición**

Preparación de un usuario para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos<sup>26</sup>.

#### **Criterios de inclusión**

- Déficit de conocimientos de régimen terapéutico<sup>25</sup>.

#### **Actividades desarrolladas**

Se informó a la usuaria sobre:

Nombre genérico y comercial de cada medicamento.

Propósito y acción de cada medicamento.

La dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento.

Posibles efectos adversos de cada medicamento.



**Alteración del patrón nutricional-metabólico** r/c distorsión de la autoimagen m/p IMC por debajo de los niveles normales, informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas y antecedentes de conductas restrictivas y purgativas.

---

#### Intervención de Enfermería

##### MANEJO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

###### Definición

Tratamiento de restricciones severas en la dieta y purga de alimentos y líquidos<sup>24</sup>.

###### Criterios de inclusión

- Aportes de nutrientes inferiores a lo recomendado.
- Aversión a comer<sup>25</sup>.

###### Actividades desarrolladas

Colaboración con otros miembros de equipo de salud para desarrollar un plan de tratamiento.

Enseñanza y reforzamiento de conceptos de buena nutrición con la usuaria.

Restricción de la disponibilidad de comida.

Establecimiento de comidas programadas, servidas de antemano y tentempiés.

Vigilancia de la ingesta diaria de alimento calórico.

Observar a la usuaria durante y después de las comidas para asegurar que se consiguiera y mantuviera la ingesta adecuada.

Acompañar a la usuaria en el servicio después de las comidas.

**Alteración en el patrón sueño-descanso** r/c depresión m/p hipersomnía.

---

#### Intervención de Enfermería

##### HIGIENE DE SUEÑO

###### Definición

Conjunto de actividades encaminadas a proporcionar a la usuaria la posibilidad de recuperar su patrón habitual de sueño siendo éste reparador<sup>27</sup>.

###### Criterios de inclusión

- Alteración en los ciclos regulares de sueño/vigilia<sup>27</sup>.

---

## Continuación de la intervención de Enfermería

### HIGIENE DE SUEÑO

#### Actividades desarrolladas

Ejecución del programa de despertar.

Estimulación para que la usuaria realice actividades durante la mañana para asegurar la vigilia.

Estrecha vigilancia sobre todo la franja horaria comprendida entre las 13'30 h. a las 15'30 h. para evitar siestas.

**Alteración en el patrón cognitivo-perceptual r/c distorsión en la recepción sensorial auditiva m/p alucinaciones hipnagógicas.**

---

## Intervención de Enfermería

### MANEJO DE LAS ALUCINACIONES

#### Definición

Estimulación de la sensación de seguridad, comodidad y orientación en la realidad de un paciente que experimenta alucinaciones<sup>24</sup>.

#### Criterios de inclusión

- Alteraciones sensoperceptivas<sup>25</sup>.

#### Actividades desarrolladas

Vigilancia/supervisión adecuada para controlar a la usuaria.

Fomento de la comunicación para dar oportunidad que la usuaria comentara sobre las alucinaciones y los sentimientos que le generan.

Vigilancia en el contenido de las alucinaciones.

**Alteración en el patrón autopercepción-autoconcepto** r/c distorsión de la imagen corporal m/p verbaliza negación de sí misma y de sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo.

---

**Intervención de Enfermería**

**REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA**

**Definición**

Se dirige a la clarificación y cambio de los patrones de pensamiento del paciente<sup>28</sup>.

**Criterios de inclusión**

- Trastorno de la imagen corporal.
- Baja autoestima<sup>25</sup>.

**Actividades desarrolladas**

Ayudar a la usuaria a identificar el sistema de creencias que afecta su estado de salud.

**Alteración en el patrón rol-relaciones** r/c sistema de afrontamiento ineficaz dentro de la familia m/p ansiedad y sistemas de comunicación cerrados.

---

**Intervención de Enfermería**

**FACILITAR LA AUTORRESPONSABILIDAD**

**Definición**

Animar a un paciente a que asuma más responsabilidad de su propia conducta<sup>25</sup>.

**Criterios de inclusión**

- Afrontamiento familiar ineficaz<sup>25</sup>.

**Actividades desarrolladas**

Ayudar a la usuaria a identificar conductas agresivas, asertivas y pasivas en la relación con su madre.

Observar el nivel de la responsabilidad que asume la usuaria.

Animar a la usuaria a usar conductas asertivas en la relación con su madre.

**Alteración en el patrón rol-relaciones** r/c ausencia de personas significativas m/p  
incapacidad para comunicar una sensación satisfactoria de implicación social.

---

### Intervención de Enfermería

#### POTENCIACIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN

##### Definición

Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros<sup>27</sup>.

##### Criterios de inclusión

- Aislamiento social<sup>27</sup>.

##### Actividades desarrolladas

Estimular a la usuaria a desarrollar relaciones.

Estimulación de relaciones con personas que tenían interés y objetivos comunes.

Estimulación a la usuaria para compartir problemas comunes con los demás.

Realización de actividades grupales.

---

### Intervención de Enfermería

#### TERAPIA CON JUEGOS

##### Definición

Utilización intencionada de juguetes u otros equipos para ayudar a la usuaria a comunicar su percepción del mundo y ayudarle en su interacción con el ambiente<sup>24</sup>.

##### Criterios de inclusión

- Aislamiento social<sup>25</sup>.

##### Actividades desarrolladas

Estructuración de una sesión de juegos.

Comunicación del objeto de la sesión de juegos.

Establecimiento de límites en la sesión de juegos terapéuticos.

Supervisión de las sesiones de terapia de juego.

Estimulación a la usuaria a que comparte sentimientos, conocimientos y percepciones.

Registro de observaciones realizadas durante la sesión de juegos.

**Alteración en el patrón sexualidad-reproducción r/c abuso sexual m/p daño psíquico<sup>§§</sup>**

**Alteración en el patrón adaptación-tolerancia al estrés r/c crisis situacionales m/p historia de conducta autolítica y ansiedad.**

---

**Intervención de Enfermería**

**MEJORAR EL AFRONTAMIENTO**

**Definición**

Ayudar a la usuaria a adaptarse a los estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieren con la satisfacción de las demandas y los roles de la vida<sup>25</sup>.

**Criterios de inclusión**

- Ansiedad.
- Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud.
- Riesgo de violencia autodirigida o dirigida a otros<sup>25</sup>.

**Actividades desarrolladas**

Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

Determinar el riesgo de la usuaria de hacerse daño.

Estudiar con la usuaria métodos anteriores de afrontamiento en el manejo de problemas vitales.

Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

Instruir a la usuaria en el uso de técnicas de relajación.

Ayudar a identificar en la usuaria los recursos-fortalezas con las que cuenta para influir en la estrategia de afrontamiento.

---

<sup>§§</sup> Este diagnóstico necesita de un tratamiento psicológico que resulta efectivo, modificando los efectos psíquicos del abuso, mejorando la sintomatología, la adaptación de la usuaria y de la familia, este tratamiento debe ser otorgado por equipos especializados<sup>29</sup> como unidades de atención a víctimas de delitos violentos o instituciones reconocidas que luchen contra la violencia.

## **Riesgo de automutilación r/c necesidad de una rápida reducción de estrés.**

---

### **Intervención de Enfermería**

#### **CONTENCIÓN PSÍQUICA**

##### **Definición**

Conjunto de intervenciones llevadas a cabo para moderar conductas y estados de la usuaria, de los que pueden derivar dificultades en relación consigo mismo y con los demás; de control de sus vivencias en general<sup>27</sup>.

##### **Criterios de inclusión**

- Automutilación.
- Riesgo de suicidio<sup>27</sup>.

##### **Actividades desarrolladas**

Permitir la expresión oral.

Explicación de las normas y funcionamiento de la Unidad, proporcionando información adecuada a la persona.

Ayuda a buscar formas de canalizar la energía excesiva (deporte, paseo, distracciones).

Permitir que la usuaria asumiera tanta responsabilidad como fuera posible en su propio cuidado.

Estimulación de la toma de decisiones en aquellas circunstancias en que la persona se veía más segura, menos amenazada.

---

### **Intervención de Enfermería**

#### **VIGILANCIA: SEGURIDAD**

##### **Definición**

Reunión objetiva y continuada y análisis de la información acerca del usuario y del ambiente para utilizarla en la promoción y mantenimiento de la seguridad<sup>24</sup>.

##### **Criterios de inclusión**

- Automutilación.
- Impulsividad.

---

## Continuación de la intervención de Enfermería

### VIGILANCIA: SEGURIDAD

- Riesgo de suicidio<sup>25</sup>.

#### Actividades desarrolladas

Vigilancia del ambiente para detectar peligro potencial en su seguridad.

Determinar del grado de vigilancia requerido por la usuaria en función del nivel de funcionamiento y de los peligros presentes en el ambiente.

Observar la función física o cognoscitiva de la usuaria para detectar conductas inseguras.

Comunicación de información acerca de los riesgos de la usuaria a otros miembros del personal de salud.

---

## Intervención de Enfermería

### MANEJO DE LA CONDUCTA: AUTOLESIÓN

#### Definición

Ayudar a la usuaria para que disminuya o elimine la conducta de autolesión o abuso de sí misma<sup>26</sup>.

#### Criterios de inclusión

- Automutilación.
- Riesgo de suicidio.
- Impulsividad<sup>25</sup>.

#### Actividades desarrolladas

Determinar del motivo/razón de la conducta.

Anticipar las situaciones desencadenantes que puedan provocar la autolesión e intervenir para evitarlas.

Facilitar vigilancia continua del paciente y del ambiente.

Comunicar el riesgo a los demás cuidadores.

## **Riesgo de violencia dirigida a otros r/c pobre control de impulsos**

---

### **Intervención de Enfermería**

#### **MANEJO AMBIENTAL: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA**

##### **Definición**

Control y manipulación del ambiente físico para disminuir potenciales conductas violentas hacia los demás<sup>27</sup>.

##### **Criterios de inclusión**

- Impulsividad.
- Antecedentes de violencia.
- Ansiedad<sup>27</sup>.

##### **Actividades desarrolladas**

Control de forma rutinaria en el ambiente para mantenerlo libre de peligros.

---

### **Intervención de Enfermería**

#### **ESTABLECER LÍMITES**

##### **Definición**

Establecer los parámetros de una conducta deseable y aceptable de la usuaria<sup>24</sup>.

##### **Criterios de inclusión**

- Impulsividad.
- Antecedentes de violencia<sup>25</sup>.

##### **Actividades desarrolladas**

Comunicación de las expectativas y consecuencias conductuales para la usuaria.

---

### **Intervención de Enfermería**

#### **ENTRENAMIENTO PARA CONTROLAR LOS IMPULSOS**

##### **Definición**

Ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales<sup>24</sup>.



---

## Continuación de la intervención de Enfermería

### ENTRENAMIENTO PARA CONTROLAR LOS IMPULSOS

#### Criterios de inclusión

- Impulsividad.
- Automutilación.
- Riesgo de suicidio.
- Riesgo de violencia dirigida a otros<sup>25</sup>.

#### Actividades desarrolladas

Ayuda a la usuaria en la identificación del problema o situación que requería una acción inmediata.

Encaminar a la usuaria a “detenerse y pensar” antes de comportarse impulsivamente  
Selección de la estrategia de solución de problemas adecuada al nivel de desarrollo y la función cognoscitiva de la usuaria.

**Alteración en el patrón valores y creencias r/c depresión m/p sentirse “vacía por dentro...” sic. pac. y anhedonia desde hace un mes.**

---

## Intervención de Enfermería

### APOYO EMOCIONAL

#### Definición

Ofrecimiento de reafirmación, aceptación y apoyo durante épocas de estrés<sup>24</sup>.

#### Criterios de inclusión

- Sufrimiento espiritual, moral.
- Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud.
- Duelo<sup>25</sup>.

#### Actividades desarrolladas

Estimulación para exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.

Escucha de las expresiones de sentimientos y creencias.

Se favoreció la conversación como medio para disminuir la respuesta emocional.

Acompañamiento a la usuaria y brindar seguridad durante los períodos de más ansiedad.

---

## INTERVENCIONES PSICOEDUCATIVAS

---

El trabajo psicoeducativo ejecutado para intervenir de manera preventiva en la usuaria Avril, tuvo el objetivo de intentar la capacitación y/o el desarrollo personal para prevenir la aparición de conductas no deseables. Estas intervenciones ocurrieron en sesiones grupales, las cuales estaban integradas por las usuarias que se encontraban en hospitalización al igual que Avril. Las temáticas fueron las siguientes:

- ∞ Martes 23 de octubre de 2012: Sesión “Miedo a tomar decisiones”.
- ∞ Miércoles 24 de octubre de 2012: Sesión “Asertividad”.
- ∞ Jueves 25 de octubre de 2012: Sesión “Resiliencia”.
- ∞ Viernes 26 de noviembre de 2012: Sesión “Miedo a la pérdida”.

Cabe mencionar sobre la última sesión “Miedo a la pérdida”, la participación de Avril fue de expositora del curso, con la finalidad de lograr una participación más activa con actividades relacionadas con su interés profesional.

Se incorporan las programaciones y cartas descriptivas de cada taller en la sección de anexos.

## 7.5 EJECUCIÓN

---

### 7.5.1 REGISTRO DE LAS INTERVENCIONES

---

**Octubre del 2012**

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	
					<ul style="list-style-type: none"><li>∞ Escucha activa</li><li>∞ Guía sobre el sistema sanitario</li><li>∞ Ayuda al autocuidado</li><li>∞ Manejo de los trastornos de la alimentación</li><li>∞ Manejo de las alucinaciones</li><li>∞ Contención psíquica</li><li>∞ Vigilancia: seguridad</li><li>∞ Manejo de la conducta autolesión</li><li>∞ Manejo ambiental: prevención de la violencia</li><li>∞ Establecer límites</li><li>∞ Apoyo Emocional</li></ul>

## Octubre del 2012

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>19</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>∞ Escucha activa</li> <li>∞ Guía sobre el sistema sanitario</li> <li>∞ Ayuda al autocuidado</li> <li>∞ Manejo de los trastornos de la alimentación</li> <li>∞ Higiene de sueño</li> <li>∞ Manejo de las alucinaciones</li> <li>∞ Potenciación de la socialización</li> <li>∞ Vigilancia: seguridad</li> <li>∞ Manejo de la conducta autolesión</li> <li>∞ Manejo ambiental: prevención de la violencia</li> <li>∞ Establecer límites</li> <li>∞ Apoyo Emocional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>∞ Escucha activa</li> <li>∞ Guía sobre el sistema sanitario</li> <li>∞ Ayuda al autocuidado</li> <li>∞ Manejo de los trastornos de la alimentación</li> <li>∞ Higiene de sueño</li> <li>∞ Manejo de las alucinaciones</li> <li>∞ Potenciación de la socialización</li> <li>∞ Vigilancia: seguridad</li> <li>∞ Manejo de la conducta autolesión</li> <li>∞ Manejo ambiental: prevención de la violencia</li> <li>∞ Establecer límites</li> <li>∞ Apoyo Emocional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>∞ Ayuda al autocuidado</li> <li>∞ Manejo de los trastornos de la alimentación</li> <li>∞ Higiene de sueño</li> <li>∞ Potenciación de la socialización</li> <li>∞ Vigilancia: seguridad</li> <li>∞ Manejo de la conducta autolesión</li> <li>∞ Manejo ambiental: prevención de la violencia</li> <li>∞ Establecer límites</li> <li>∞ Apoyo Emocional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>∞ Ayuda al autocuidado</li> <li>∞ Manejo de los trastornos de la alimentación</li> <li>∞ Higiene de sueño</li> <li>∞ Potenciación de la socialización</li> <li>∞ Vigilancia: seguridad</li> <li>∞ Manejo de la conducta autolesión</li> <li>∞ Manejo ambiental: prevención de la violencia</li> <li>∞ Establecer límites</li> <li>∞ Apoyo Emocional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>∞ Ayuda al autocuidado</li> <li>∞ Manejo de los trastornos de la alimentación</li> <li>∞ Higiene de sueño</li> <li>∞ Potenciación de la socialización</li> <li>∞ Vigilancia: seguridad</li> <li>∞ Manejo de la conducta autolesión</li> <li>∞ Manejo ambiental: prevención de la violencia</li> <li>∞ Establecer límites</li> <li>∞ Apoyo Emocional</li> </ul>

## Octubre del 2012

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>∞ Ayuda al autocuidado</li> <li>∞ Manejo de los trastornos de la alimentación</li> <li>∞ Higiene de sueño</li> <li>∞ Reestructuración cognitiva</li> <li>∞ Potenciación de la socialización</li> <li>∞ Terapia con juegos</li> <li>∞ Mejorar el afrontamiento</li> <li>∞ Vigilancia: seguridad</li> <li>∞ Manejo de la conducta autolesión</li> <li>∞ Manejo ambiental: prevención de la violencia</li> <li>∞ Establecer límites</li> <li>∞ Apoyo Emocional</li> <li>∞ Entrenamiento para controlar los impulsos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>∞ Ayuda al autocuidado</li> <li>∞ Enseñanza: medicación prescrita</li> <li>∞ Manejo de los trastornos de la alimentación</li> <li>∞ Higiene de sueño</li> <li>∞ Reestructuración cognitiva</li> <li>∞ Potenciación de la socialización</li> <li>∞ Terapia con juegos</li> <li>∞ Mejorar el afrontamiento</li> <li>∞ Vigilancia: seguridad</li> <li>∞ Manejo de la conducta autolesión</li> <li>∞ Manejo ambiental: prevención de la violencia</li> <li>∞ Establecer límites</li> <li>∞ Apoyo Emocional</li> <li>∞ Entrenamiento para controlar los impulsos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>∞ Ayuda al autocuidado</li> <li>∞ Enseñanza: medicación prescrita</li> <li>∞ Manejo de los trastornos de la alimentación</li> <li>∞ Higiene de sueño</li> <li>∞ Reestructuración cognitiva</li> <li>∞ Potenciación de la socialización</li> <li>∞ Terapia con juegos</li> <li>∞ Mejorar el afrontamiento</li> <li>∞ Vigilancia: seguridad</li> <li>∞ Manejo de la conducta autolesión</li> <li>∞ Manejo ambiental: prevención de la violencia</li> <li>∞ Establecer límites</li> <li>∞ Apoyo Emocional</li> <li>∞ Entrenamiento para controlar los impulsos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>∞ Ayuda al autocuidado</li> <li>∞ Enseñanza: medicación prescrita</li> <li>∞ Manejo de los trastornos de la alimentación</li> <li>∞ Higiene de sueño</li> <li>∞ Reestructuración cognitiva</li> <li>∞ Potenciación de la socialización</li> <li>∞ Terapia con juegos</li> <li>∞ Mejorar el afrontamiento</li> <li>∞ Vigilancia: seguridad</li> <li>∞ Manejo de la conducta autolesión</li> <li>∞ Manejo ambiental: prevención de la violencia</li> <li>∞ Establecer límites</li> <li>∞ Apoyo Emocional</li> <li>∞ Entrenamiento para controlar los impulsos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>∞ Ayuda al autocuidado</li> <li>∞ Higiene de sueño</li> <li>∞ Reestructuración cognitiva</li> <li>∞ Facilitar la autorresponsabilidad</li> <li>∞ Potenciación de la socialización</li> <li>∞ Terapia con juegos</li> <li>∞ Mejorar el afrontamiento</li> <li>∞ Vigilancia: seguridad</li> <li>∞ Manejo de la conducta autolesión</li> <li>∞ Manejo ambiental: prevención de la violencia</li> <li>∞ Establecer límites</li> <li>∞ Apoyo Emocional</li> <li>∞ Entrenamiento para controlar los impulsos</li> </ul>

## 7.6 EVALUACIÓN

---

### 7.6.1 EVALUACIÓN DE LAS RESPUESTAS DE LA PERSONA

---

Avril demuestra una conducta de búsqueda de salud a través de la relación enfermera-paciente.

#### 1. Patrón percepción-control de la salud

**Diagnóstico:** Alteración en el patrón percepción-control de la salud r/c depresión m/p no adherencia a las actividades relacionadas con la salud.

**Evaluación:** Avril realiza las actividades de la vida diaria: baño vestido, peinado e higiene dental, sin embargo estas respuestas todavía se observan comprometidas pues en ocasiones dependía de la insistencia de enfermería para realizarlas.

Avril toma toda la medicación a los intervalos prescritos, identifica su tratamiento farmacológico, describe los efectos indeseables de la medicación y utiliza estrategias para minimizar los efectos secundarios.

#### 2. Patrón nutricional-metabólico

**Diagnóstico:** Alteración en el patrón nutricional-metabólico r/c distorsión en la autoimagen-autoconcepto m/p IMC por debajo de los niveles normales e informe de ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas.

**Evaluación:** En los horarios de comidas se observaba a Avril con dificultad para aceptar e ingerir la dieta completa prescrita, presentaba conductas de evitación, regalando comida a sus compañeras y dejando alimentos hipercalóricos, como el pan dulce. Refería ansiedad preprandial, por lo que se comunicó a médico, el cual indica clonazepam preprandial tres gts, enfermería fomenta la ingesta de dieta ovolactovegetariana, acompañando las comidas y remediando conductas de evitación.

## **5. Patrón sueño-descanso**

**Diagnóstico:** Alteración en el patrón sueño-descanso r/c estado hipotímico m/p hábitos del último mes caracterizados por un bajo nivel de actividad física e hipersomnia.

**Evaluación:** Durante la hospitalización Avril llevaba a cabo actividades de higiene de sueño favoreciendo el equilibrio entre la actividad y descanso.

## **6. Patrón cognitivo-perceptual**

**Diagnóstico:** Alteración en el patrón cognitivo-perceptual r/c distorsión de la recepción sensorial auditiva m/p alucinaciones hipnagógicas.

**Evaluación:** En cuanto a las alteraciones perceptuales auditivas, Avril refiere que éstas desaparecieron a las dos semanas de tratamiento farmacológico.

## **7. Patrón autopercepción-autoconcepto**

**Diagnóstico:** Alteración en el patrón autopercepción-autoconcepto r/c distorsión de la imagen corporal m/p verbaliza negación de sí misma y de sentimientos que reflejan una alteración de la visión del propio cuerpo.

**Evaluación:** Avril manifiesta congruencia entre la realidad corporal, el ideal y la presentación del cuerpo, sin embargo los deseos de adelgazar persisten, por lo que el patrón autopercepción-autoconcepto continúa alterado.

## **8. Patrón rol-relaciones**

**Diagnóstico:** Alteración en el patrón rol-relaciones r/c sistema de afrontamiento ineficaz dentro de la familia m/p ansiedad y sistemas de comunicación cerrados.

**Evaluación:** Avril pudo detectar conductas agresivas al relacionarse con su madre y manifiesta deseos de trabajar en utilizar procesos de comunicación asertivos para mejorar la relación. Por otra parte también se facilitó la oportunidad de practicar la asertividad mediante juego de roles y así instruir a la usuaria sobre estrategias para la práctica de una conducta afirmativa.

**Diagnóstico:** Alteración en el patrón rol-relaciones r/c ausencia de personas significativas m/p incapacidad para comunicar una sensación satisfactoria de implicación social.

**Evaluación:** Avril demuestra adecuada habilidad de interacción social y participación en juegos, sin embargo existe necesidad de reforzar vínculos sociales para que Avril encuentre satisfacción en la implicación social.

### **9. Patrón sexualidad-reproducción**

**Diagnóstico:** Alteración en el patrón sexualidad-reproducción r/c abuso sexual m/p daño psíquico.

**Evaluación:** Avril percibe evento traumático como amenazante, continúa con pensamientos de querer hacerle daño a su agresor (sin tener un plan estructurado), se hace hincapié en la necesidad de aceptar y/o buscar apoyo profesional especializado.

### **10. Patrón tolerancia-adaptación al estrés**

**Diagnósticos:**

Alteración en el patrón tolerancia-adaptación al estrés r/c crisis situacionales m/p historia de conducta autolítica y ansiedad.

Riesgo de automutilación r/c necesidad de una rápida reducción de estrés.

Riesgo de violencia dirigida a otros r/c pobre control de impulsos.

**Evaluación:** Se promovió la expresión de pensamientos-sentimientos, positivos y negativos, Avril alcanza un autoanálisis de las conductas perjudiciales e identifica acciones impulsivas, sin embargo continua mostrando inestabilidad por el rechazo de persona afectiva e indica deseos de lastimarse cuando piensa en esa situación. La usuaria se esfuerza en cuidarse, pues pese a que Avril no le gusta practicar ningún deporte, trabaja en reducir su estrés a través de ejercicio físico, ayudando a disminuir el riesgo de autolesión.



Cabe señalar que durante la atención especializada en el hospital, Avril no tuvo conductas autolíticas, ni violencia hacia otros, pero no se pudo valorar en la usuaria autocontrol de impulsos sin supervisión, pues este objetivo no se estableció en el plan por tiempo insuficiente.

También Avril demostró dificultad al tratar de identificar recursos de afrontamiento con los que cuenta para hacer frente a situaciones de estrés, mantiene pensamientos desalentadores “no sé si algún día pueda llegar a sentirme bien...” sic. pac., por lo que se encamino a la usuaria a descubrir, construir y fortalecer dichos recursos necesarios para encarar los cambios que le avecinan en el proceso de búsqueda de salud.

En general se deduce que los diagnósticos continúan presentes, pues es necesario un seguimiento de la atención en salud mental para apoyar a Avril en momentos de tensión y crisis futuras, algunas vinculadas a sus relaciones interpersonales y otras a cambios en el estado de su salud, no obstante Avril manifiesta deseos de fortalecer sus procesos de afrontamiento.

### **11. Patrón valores-creencias**

**Diagnóstico:** Alteración en el patrón valores y creencias r/c depresión m/p sentirse “vacía por dentro...” sic. pac., y anhedonia desde hace un mes.

**Evaluación:** Es difícil evaluar cuales son las expectativas reales para el futuro, sin embargo Avril se encuentra realizando esfuerzos para construir deseos de vivir, manifiesta arrepentimiento de intento suicida, continua en la búsqueda de fe, significado y razones para vivir.

---

## 7.6.2 EVALUACIÓN DEL PROCESO

---

En la etapa inicial se obtuvo información sobre la condición de salud desde la perspectiva de la usuaria Avril, quien mostró interés y disposición para participar, ya que deseaba mejorar su estado de ánimo. Ello permitió presentar y exponer los propósitos de la interacción de enfermería e identificar sus necesidades para tratar de entender la atención requerida y poder brindarle orientación. Se abordaron sus expectativas de atención y conjuntamente se identificaron problemas. De igual manera, se establece el encuadre de la intervención, así como la metodología del trabajo de enfermería, haciendo hincapié en las consideraciones éticas basadas en el cuidado durante todo el proceso de intervención.

Posteriormente se trabajó en el establecimiento de la relación de confianza, que es fundamental para lograr una buena adherencia terapéutica. Las intervenciones desde enfermería incorporan los objetivos de la usuaria para la atención profesional, esto fue de gran utilidad ya que le permitió a la usuaria Avril adquirir conciencia de problemas y trabajar de manera conjunta con enfermería en busca de posibles soluciones, con base en acuerdos que permitieron dar seguimiento a todo el proceso.

Indagar acerca de las respuestas de afrontamiento que empleaba la usuaria, proporcionó la posibilidad de comprender sus recursos para hacer frente a la ansiedad, lo cual a menudo la ha colocado en situaciones de riesgo, a partir de ello, las intervenciones de enfermería se orientaron hacia la búsqueda de nuevas formas de respuesta, más adaptativas, orientándola hacia afrontar de manera más directa las situaciones que le generaban estrés y en búsqueda de otras alternativas dirigidas a mejorar su bienestar emocional, por ejemplo, retomar sus estudios, ya que para ella era un proyecto importante, así como actividades recreativas ya que manifestó interés en aprender canto y actuación. En suma, el incluir las respuestas de afrontamiento en la intervención en enfermería ayuda a planificar la intervención de un modo individualizado, de manera más cercana a las necesidades de las personas con padecimientos psiquiátricos, como ocurrió en este caso.

Otras estrategias que se siguieron, fueron el tratar de fortalecer otros recursos de la usuaria, empleando su propia capacidad para mejorar sus habilidades adaptativas, y fomentar su independencia, se le propone la posibilidad de ampliar su red de apoyo con amigos, a fin de mejorar su interacción social.

Al finalizar, se agradeció a la usuaria por su colaboración en la intervención, se ofreció información sobre algunas dudas con relación al uso de medicamentos y se planificó la siguiente fase que fue el plan de alta, el cual constituye una herramienta para consolidar la atención brindada por enfermería, además de que favorece el enlace con otros servicios psiquiátricos, psicológicos, sociales y de nutrición que se brindan en la institución para lograr una atención más integral y consolidar las bases para su adecuada adherencia terapéutica.

## **8. PLAN DE ALTA**

---

El plan de alta en enfermería es considerado un documento de vital importancia que garantiza la continuidad de los cuidados a todos los niveles asistenciales, integrando al paciente y/o el cuidador como el eje principal del mismo<sup>30</sup>.

A continuación se describen las intervenciones realizadas con el fin de ejecutar el plan de alta:

---

### **Intervención de Enfermería**

#### **Acuerdo con el paciente**

##### **Definición**

Negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico<sup>24</sup>.

##### **Criterios de inclusión**

En personas que necesiten reforzar o fomentar conductas deseables o modificar conductas indeseables<sup>27</sup>.

##### **ACTIVIDADES DESARROLLADAS**

Al ayudar al paciente a identificar las metas, evitar centrarse en el diagnóstico o proceso de enfermedad.

Animar a la usuaria a que identifique sus propios objetivos, no los que cree que espera el cuidador.

Facilitar la redacción de un documento por escrito que incluya todos los elementos acordados.

Identificar con la usuaria una fecha objetivo para la conclusión del acuerdo.

Facilitar la renegociación de los términos del acuerdo, si fuera necesario.

Ayudar a la usuaria a desarrollar algún modelo de hoja de información que ayude en el seguimiento de los progresos hacia los objetivos.

Explorar con la usuaria las razones del éxito o falta de éste.

---

## Intervención de Enfermería

### AYUDA AL AUTOCAUIDADO

#### Definición

Ayudar al usuario a realizar las actividades de la vida diaria<sup>24</sup>.

#### Criterio de inclusión

- Déficit de autocuidado.
- Manejo ineficaz del régimen terapéutico.
- Alteración en el mantenimiento de la salud.
- Afrontamiento ineficaz.
- Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud<sup>25</sup>.

#### Actividades desarrolladas

Comprobar la capacidad de la usuaria para ejercer autocuidados independientes.

Estimulación a la usuaria para realizar actividades de la vida diaria.

Establecimiento de rutina de actividades de autocuidados.

---

## Intervención de Enfermería

### ENSEÑANZA: MEDICACIÓN PRESCRITA

#### Definición

Preparación de un usuario para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos<sup>26</sup>.

#### Criterios de inclusión

Déficit de conocimientos de régimen terapéutico<sup>25</sup>.

#### Actividades desarrolladas

Se informó a la usuaria sobre los medicamentos Venlafaxina, Pregabalina, Clonacepam y perfenazina:

Nombre genérico y comercial de cada medicamento.

Propósito y acción de cada medicamento.

La dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento.

Posibles efectos adversos de cada medicamento.

---

## Continuación de la intervención de Enfermería

### ENSEÑANZA: MEDICACIÓN PRESCRITA

#### Actividades desarrolladas

Se enseñó a la usuaria a:

Reconocer las características distintivas de los medicamentos.

Prevenir ciertos efectos secundarios.

---

## Intervención de Enfermería

### Manejo de la conducta: autolesión

#### Definición

Ayudar al paciente para que disminuya o elimine la conducta de autolesión o abuso de sí mismo<sup>24</sup>.

#### Criterios de inclusión

En pacientes con potencial de autolesiones y manifestaciones autolesivas inminentes<sup>27</sup>.

#### ACTIVIDADES DESARROLLADAS

Animar a la usuaria a que hable con los cuidadores cuando surja el impulso de autolesionarse.

Presentar las consecuencias predeterminadas si la usuaria se involucra en conductas de autolesión.

---

## Intervención de Enfermería

### Aumentar los sistemas de apoyo

#### Definición

Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad<sup>24</sup>.

#### Criterios de inclusión

Interacción disfuncional con compañeros, familia, amigos<sup>27</sup>.

#### Actividades realizadas

Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.

---

## 8. CONCLUSIONES

---

El eje central que guía el presente estudio de caso clínico es el proceso de enfermería, por lo tanto, al ejercer y evaluar este método científico, se concluye que:

La instrumentación del proceso de enfermería facilitó el ejercicio autónomo y colaborativo, asimismo permitió describir la atención especializada a una persona con alteración de su salud mental.

Emplear el modelo de los 11 patrones de Marjory Gordon permitió realizar una valoración integral del estado de salud de Avril.

La construcción de diagnósticos de enfermería permitió la identificación de las respuestas humanas de Avril, obteniendo tanto alteraciones como fortalezas, estas últimas beneficiaron la atención de enfermería.

La planeación y ejecución de intervenciones especializadas de enfermería en salud mental, fueron basadas según los diagnósticos de enfermería. Es importante señalar la coparticipación de la usuaria en la creación del plan de atención, pues esto facilitó en gran medida la ejecución de las intervenciones además de fortalecer la relación enfermera-paciente.

Fue necesario integrar y comprender los procesos de afrontamiento de la usuaria, esto ayudó a que Avril se posicionara en un protagonismo de su intervención, pues se incorporó en la atención especializada de enfermería, la percepción que Avril tenía de sus problemas y de sus esfuerzos con el propósito de iniciar cambios en estrategias de afrontamiento, tomando en cuenta sus propios recursos y valores.

La evaluación de los resultados obtenidos, permitió la modificación en la intervención y el rol de la enfermera según las necesidades de la usuaria, mejorando así, la atención profesional.

El proceso de enfermería propició ejercicio autónomo y colaborativo, estructurado y sustentado, que no sólo mejoró la calidad de atención sino también dio satisfacción profesional.

La participación de enfermería durante la hospitalización en la atención multidisciplinar, permitió orientar a la usuaria acerca de la dinámica terapéutica, el actuar de los profesionales y las decisiones del equipo terapéutico a través del trabajo colaborativo.

Resultó estimulante e inspirador, la oportunidad de acompañar a la usuaria en sus procesos de afrontamiento, modificando algunas dificultades en escenarios de oportunidades, provocó un desarrollo personal y profesional.

El aprendizaje teórico-práctico durante la especialidad y el intento de conocer a las personas con problemas de salud mental, aceptando circunstancias con algo de nostalgia, incluso a veces negando la realidad, confrontando mis pensamientos con las experiencias transitadas durante este proceso profesional, no han dejado de tener un impacto sobre mí, semillas sembradas que me comprometen a trabajar en el cuidado en salud mental, algo que creo es bastante abstracto si lo ponemos en palabras y bastante trascendental si lo situamos a la práctica.

Por todo lo anterior, se espera que este trabajo contribuya en el área de enfermería, para que se pueda dar visibilidad de la importancia que representa las intervenciones especializadas en salud mental a través de la aplicación de PE como un instrumento sistemático y metodológico mejorando la calidad de los cuidados en los diferentes escenarios de la práctica profesional.



---

## 9. SUGERENCIAS

---

En este último apartado se hace referencia a algunas dificultades que se presentaron el transcurso de su elaboración, y se proponen algunas sugerencias para eliminar dichos obstáculos. Además se exponen algunas acciones para mejorar el ejercicio profesional:

Se sugiere a la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia:

Para efectos de la valoración en enfermería, es aceptado y requerido por la ENEO el uso de los 11 patrones funcionales propuestos por M. Gordon, sin embargo la utilización de los diferentes modelos de enfermería además de lo propuesto por Gordon, enriquecería el sustento de la práctica con conocimientos teóricos que enmarcan y distinguen a cada especialidad. Lo que se propone es ampliar las posibilidades de usar diferentes Teorías y Modelos de la profesión, para evitar restringir prácticas con diferentes sustentos epistemológicos.

Acceder a la utilización de taxonomías reconocidas internacionalmente, permitiendo el uso de NANDA, NOC y NIC para llevar a cabo el proceso de enfermería. Trabajar de forma estructurada y organizada con estas herramientas estandarizadas a nivel internacional, pro picia tanto la autoevaluación del profesional como la evaluación de todo el proceso.

La atención a personas víctimas de abuso sexual son intervenciones que requiere un adiestramiento especializado en el campo de la enfermería en salud mental, por lo que es necesario el involucramiento de las y los enfermeros tanto en las aulas de enseñanza, como en el área asistencial y de investigación, con publicaciones reflejando estas prácticas.

---

# BIBLIOGRAFÍA

---

1. Franco Corona MBE, Campos de Carvalho E. Significado de la enseñanza del proceso de enfermería para el docente. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2005; 13:929-936. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421850003>. Consultado el 25 de marzo de 2014.
2. Herrera Arce, A., Betolaza López De Gámiz, E., Murua Navarro, F., Martínez, H., y Jiménez-Lerma, J.M. Enfermería en adicciones: El modelo teórico de H. Peplau a través de los patrones funcionales de M. Gordon. A propósito de un caso práctico. Trastornos Adictivos 2003; 5(2): 58-74. Disponible en: <http://www.elsevier.es>. Consultado el 17 de mayo de 2013.
3. Álvarez Gómez M, Cuervo Rodríguez ML, Espinal García MT, Castaño Rojas J. Diagnósticos de enfermería, perfil social y clínico de adolescentes en tratamiento para la drogadicción en un centro de rehabilitación de Medellín 2006. SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas 2008; 4. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80340107>. Consultado el 25 de marzo de 2014.
4. Pellegrino Toledo V, Amorim Ramos N, Wopereis F. Processo de Enfermagem para pacientes com Anorexia Nervosa. Revista Brasileira de Enfermagem 2011; 64:193-197. Disponible en: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=267019462029>. Consultado el 25 de marzo de 2014.
5. Hernández Cortina, Abdul; Guardado de la Paz, Caridad. La Enfermería como disciplina profesional holística. Revista Cubana Enfermer 2004; Mayo-Agosto. Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol20\\_2\\_04/enf07204.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol20_2_04/enf07204.htm). Consultado el 17 de mayo de 2013.
6. Cabal Viactoria E., Guarnizo Mildred T. Enfermería como disciplina. Revista Colombiana de Enfermería 2011; Volumen 6 Año 6: 73-81. Disponible en: [http://200.31.75.116/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista\\_colo](http://200.31.75.116/sites/default/files/publicaciones/revistas/revista_colo)

- [mbiana enfermeria/volumen6/enfermeria disc.pdf](#). Consultado el 17 de mayo de 2013.
7. Durán de Villalobos MM. Marco epistemológico de la enfermería. Aquichan 2002; 27-18. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74120203>. Consultado el 25 de marzo de 2014.
  8. Hood, L., Leddy, S. Professional Characteristics and the professional nurse. En Leddy & Pepper's Conceptual Basis of Professional Nursing. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 8 ed., 2003 p. 8-16 y 32-39.
  9. Sanabria Triana, L., Otero Ceballos, M., Urbina Laza, O. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Rev Cubana Educ Med Super 2002;16(4). Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16\\_4\\_02/ems07402.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm). Consultado el 25 de marzo 2014.
  10. Salazar Maya, AM., Martínez de Acosta, C. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. Av.enferm 2008, XXVI (2): 107-115. Disponible en: [http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi2\\_12.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi2_12.pdf). Consultado el 25 de marzo de 2014.
  11. Rodríguez Martínez Roynel. Modelos de enfermería integrados al cuidado del paciente nefrológico en el contexto cubano. Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]. 2012 Dic; 28(4): 474-484. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192012000400004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000400004&lng=es). Consultado el 25 de Octubre 2014.
  12. Lago Blanco, et al. Estrategias de afrontamiento del estrés en el trastorno límite de la personalidad. Revista PSICOLOGIA.COM. 2008; 12(2). Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/article/viewFile/720/695/> Consultado el 29 de enero de 2015.
  13. Lazarus R., y Folkman, S. Estrés y procesos cognitivos. 1991. Ediciones Roca, S.A. México, D.F.

14. Casado Cañero, F. Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. Servicio Andaluz de Salud. s/a. disponible en: [http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/vol20\\_3\\_5.pdf](http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/vol20_3_5.pdf). Consultado el 29 de enero de 2015.
15. Vazquez Valverde, M., Crespo Lopez y J.M. Ring. Estrategias de Afrontamiento. Clínica en Psiquiatría y Psicología. Capítulo 31. 2003. Editorial ELSEVIER-MASSON: 25-236. Disponible en: [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES\\_pdf/2000-Estrategias%20de%20Afrontamiento.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2000-Estrategias%20de%20Afrontamiento.pdf). Consultado el 29 de enero de 2015.
16. Alfaro Le-Fevre, R. (2003). Aplicación del Proceso Enfermero fomentar el cuidado en colaboración (5ª ed). México: Masson. 274 págs
17. Armendáriz Ortega, A., Medel Pérez, B. Teorías de enfermería y su relación con el proceso de atención en enfermería||. *Revista Synthesis*, 2008 num. 41, enero-marzo, pp. 1-7. Disponible: [http://www.uach.mx/extension\\_y\\_difusion/synthesis/2008/03/17/synthesis\\_no](http://www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2008/03/17/synthesis_no). Consultado el 28 de octubre de 2014
18. Noguera Ortiz, N Y. "Proceso de atención de enfermería: una herramienta para la garantía del cuidado||. Actual. Enferm, num. 2008; 11(4), pp. 31-35. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/Enfermvol110408/Procesosdeatenciondeenfermeria.htm>. Consultado el 25 de marzo de 2013.
19. Buela-Casal G., y Sierra J.C. (2002) "Normas para la redacción de casos clínicos". *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. SSN 1576-7329 2002, Vol. 2, Nº 3, pp. 525-532. Disponible en: <http://www.aepc.es/ijchp/especial.php?especial=esp3>. Consultado el 25 de marzo de 2014.
20. Coto Vargas N, Molina Chaves R, Rivera Soto R. Intervención de Enfermería Obstétrica: un estudio de caso. *Enfermería Actual en Costa Rica* 2009; 1-21. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44812769002>. Consultado el 24 de octubre de 2014.

21. García, R. S., Navío, M., AM., y Valentín, M. L. (2007). —Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería||. *Nure investigación* Vol. Núm. 28. Disponible en: [http://www.fuden.es/FICHEROS ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/PDF\\_protocolo](http://www.fuden.es/FICHEROS ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/PDF_protocolo). Consultado el 25 de Marzo de 2014.
22. Manero Brito R. y Villamil Uriarte R. Síndrome de estrés postraumático y las víctimas de violación. *Psicología y Salud*, Vol 13, Num 1, enero-junio de 2003. Disponible en: [revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/936/1727](http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/936/1727). Consultado el 28 de octubre de 2014.
23. Aristizábal Gaviria A, González Morales A, Palacio Acosta C, García Valencia J, López Jaramillo C. Factores asociados a letalidad de intentos de suicidio en sujetos con trastorno depresivo mayor. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2009; 38446-463. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615422005>. Consultado el 28 de marzo de 2014.
24. Bulechek, HK Butcher, J McCloskey. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Elsevier Mosby. Barcelona, 2009. 5ª Edición.
25. Wilkinson, JM., Ahern, NR. Manual de diagnósticos de enfermería. Pearson Prentice Hall. 2008. 9ª edición.
26. Marcos Mateos, V et al. Planes de cuidados enfermeros en SM. Junta de Extremadura Consejería de Sanidad y Dependencia. 2008. 109pp. Disponible en: [http://www.saludmentalextramadura.com/fileadmin/documentos/Documentos\\_Tecnicos\\_SES/PLANES\\_DE\\_CUIDADOS\\_ENFERMEROS\\_EN\\_SM.pdf](http://www.saludmentalextramadura.com/fileadmin/documentos/Documentos_Tecnicos_SES/PLANES_DE_CUIDADOS_ENFERMEROS_EN_SM.pdf). Consultado el 25 de marzo de 2014.
27. Colomer Simón, AJ., Benedí Sanz, L., Granada López, JM., Rams Claramunt, MA. Guía de cuidados enfermeros en la red de salud mental de Aragón. Servicio Aragonés de Salud. 2003. Disponible en: [http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/20/docs/Areas/Informaci%C3%B3n%20al%20ciudadano/Salud%20mental/Publicaciones/GUIA\\_CUIDADOS](http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/20/docs/Areas/Informaci%C3%B3n%20al%20ciudadano/Salud%20mental/Publicaciones/GUIA_CUIDADOS)

ENFERMEROS RED SALUD MENTAL ARAGON 2003.pdf. Consultado el 25 de marzo de 2013.

28. Slaikeu Karl A. Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación. Manual Moderno, México, 1999. 2ª Edición.
29. UNICEF. Guía Clínica Atención de niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, víctimas de abuso sexual. 2011. Ministerio de salud de Chile. Disponible en: [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl) y [www.unicef.cl](http://www.unicef.cl). Consultado el 28 de Octubre de 2014.
30. Tixtha, E., Alba, A., Córdoba, M., Campos, E. El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. Enf. Neurol (Méx). Vol. 13, No. 1: 12-18, 2014. Disponible en: [www.mediagraphic.com/enfermerianeurologica](http://www.mediagraphic.com/enfermerianeurologica). Consultado el 26 de enero de 2015.

---

# ANEXOS

---

---

## PROGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL TALLER PSICOEDUCATIVO

---

MIÉRCOLES 17 DE OCTUBRE DE 2012

### INTRODUCCIÓN

---

SESIÓN: PREPARACIÓN DEL GRUPO

---

OBJETIVOS:

---

Presentar el proyecto del taller psicoeducativo

Crear un ambiente distendido y dinámico

Fomentar el conocimiento mutuo y la participación

**Grupo destinatario:** mujeres que se encuentren en atención de salud mental.

**Materiales/Recursos:** fotocopias, cartulina o pizarrón, plumines

---

### PROGRAMACIÓN

---

9:00-9:10 Presentación de los profesionales, de las personas asistenciales al grupo y del proyecto

9:10-9:15 Explicar en qué consistirán las sesiones:

- ✓ Qué vamos hacer
- ✓ Especificar el tiempo de duración
- ✓ Consensuar normas entre todos/as

- Realizar una lluvia de ideas sobre las normas que podrían regir al grupo y elegir en consenso las más adecuadas

9:15-9:35 Realización de técnicas de integración

- ✓ Técnica

9:35-9:40 Conclusión

- ✓ Cierre y asignación de tarea
  - Tareas: Técnica "Autógrafos".



MARTES 23 DE OCTUBRE DE 2012

## SESIÓN “MIEDO A TOMAR DECISIONES”

---

### OBJETIVOS:

---

Conocer el proceso de toma de decisiones

Analizar algunos de los factores que nos condicionan a la hora de tomar decisiones

Aprender a elegir entre varias alternativas

Concientizar de sobre las consecuencias de cada acción

Aprender a realizar un análisis de problemas

Aprender a tomar decisiones

**Grupo destinatario:** mujeres que se encuentren en atención de salud mental.

**Materiales/Recursos:** fotocopias, rotafolio o pizarrón, plumines, hojas y crayolas

---

### PROGRAMACIÓN

---

9:00-9:10 Revisión de tareas

9:10-9:35 Conocer el proceso de toma de decisiones:

- ✓ Lluvia de ideas
- ✓ “El Miedo a tomar decisiones”
- ✓ “Entre varias alternativas”

9:35-9:40 Conclusión

- ✓ Cierre y asignación de tarea
  - Tareas: Técnica “Análisis de problema y toma de decisiones”

JUEVES 25 DE OCTUBRE DE 2012

## SESIÓN “RESILIENCIA”

---

### OBJETIVOS:

---

- Descubrir si condiciona el presente la historia pasada.
- Saber cómo se pueden cerrar heridas del pasado que condicionan mi presente.

**Grupo destinatario:** mujeres que se encuentren en atención de salud mental.

**Materiales/Recursos:** fotocopias

---

### PROGRAMACIÓN

---

9:00-9:15 Revisión de tareas

9:15-9:35 Resiliencia “¿Condiciona mi vida pasada, mi vida presente y futura?”

9:35-9:40 Asignación de tarea “Autoinforme para medir la capacidad de resiliencia.

## SESIÓN “ASERTIVIDAD”

---

### OBJETIVOS:

---

Conocer la definición de asertividad.

Identificar algunas de las características de las personas ASERTIVAS, AGRESIVAS (o violentas) e INHIBIDAS (o pasivas).

Reconocer algunas estrategias para hacer más eficaces las respuestas ASERTIVAS.

**Grupo destinatario:** mujeres que se encuentren en atención de salud mental.

**Materiales/Recursos:** fotocopias, pizarrón, plumines

---

### PROGRAMACIÓN

---

1. Definir cuáles son las características de los distintos estilos de comportamientos (asertivo, agresivo y pasivo).
2. Pedir a las personas participantes que se identifiquen con alguno de estos tres estilos de relación.
3. Aprender estrategias para hacer más eficaces y justas las respuestas asertivas.

## SESIÓN MIEDO A LA PÉRDIDA

*Por: Gabriela Guadalupe Hernández Cortés y Usuario: Avril*

---

### OBJETIVOS:

---

- Definir los tres tipos de miedo a la pérdida.
- Averiguar cómo podemos integrar la pérdida y sentirnos vivas.

**Grupo destinatario:** mujeres que se encuentren en atención de salud mental.

**Materiales/Recursos:** Fotocopias "Recomendaciones para recorrer el camino de las lágrimas (y sobrevivir)" autor: Jorge Bucay .

---

### PROGRAMACIÓN

---

9:00-9:15 Revisión de tareas

9:15-9:35 Tratar de identificar entre todas los tipos de miedo a la pérdida.

Analizar qué significa para nosotras una pérdida.

Discutir entre todas cómo podemos integrar una pérdida.

9:35-9:40 Cierre del taller

CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN "PREPARACIÓN DEL GRUPO"

Fecha Hora	Objetivo específico	Actividades	Métodos y Técnicas de aprendizaje	Recursos didácticos	Medios de evaluación
17/10/2012 9:15-9:35	Fomentar el conocimiento mutuo y la participación	Técnica <b>"El cuadro"</b>	Se hace entrega a cada participante de un cuadro con diferentes afirmaciones. Por ejemplo: alguien que calce el mismo número que yo. En cada casilla deben conseguir la firma de algún compañero o compañera que cumpla con esa afirmación. Finalmente se hace una puesta en común.	Copias	Se hace una puesta en común.
	Fomentar la confianza, la comunicación y la participación en el grupo.	Técnica <b>"Lazarillo"</b>	Se pide que elijan una pareja y explicar que una persona hará de ciego y otra de lazarillo. Se elige un punto de encuentro y se explica que el lazarillo debe guiar al ciego hasta allí.	Ninguno	Se observa que se realice la técnica

---

CARTA DESCRIPTIVA TAREA SESIÓN "PREPARACIÓN DEL GRUPO"

---

<b>Fecha Hora</b>	<b>Objetivo específico</b>	<b>Actividades</b>	<b>Métodos y Técnicas de aprendizaje</b>	<b>Recursos didácticos</b>	<b>Medios de evaluación</b>
17/10/2012 9:35-9:40	Fomentar el conocimiento mutuo y la participación	Técnica "Autógrafos"	Se entrega a cada participante una hoja con 20 afirmaciones, de las cuales deben elegir 10. A continuación, deben conseguir la firma de algún/a compañero/a que cumpla esas afirmaciones.	Fotocopias	Se realiza una puesta en común, al inicio de la siguiente sesión.

CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN “MIEDO A TOMAR DECISIONES”

<b>Fecha Hora</b>	<b>Objetivo específico</b>	<b>Actividades</b>	<b>Métodos y Técnicas de aprendizaje</b>	<b>Recursos didácticos</b>	<b>Medios de evaluación</b>
23/10/12 9:10-9:35	Conocer el proceso de toma de decisiones	Técnica <b>“Lluvia de ideas”</b>	Preguntar a los participantes qué pasos siguen para la toma de decisiones	Rotafolio o pizarrón, plumines	Se realiza una puesta en común
		<b>“El Miedo a tomar decisiones”</b>	Explicar el proceso de toma de decisiones, a través de repartición de las fotocopias “el Miedo a tomar decisiones”, el grupo realizara la lectura en voz alta.	Fotocopias	Se realiza una puesta en común
	Aprender a elegir entre varias alternativas  Concientizar de sobre las consecuencias de cada acción	Técnica <b>Debate</b>	Se presentan diferentes situaciones con varias alternativas. Los y las participantes deben elegir una de ellas y comentar por qué.	Fotocopias	Se realiza una puesta en común

---

CARTA DESCRIPTIVA TAREA SESIÓN “MIEDO A TOMAR DECISIONES”

---

<b>Fecha Hora</b>	<b>Objetivo específico</b>	<b>Actividades</b>	<b>Métodos y Técnicas de aprendizaje</b>	<b>Recursos didácticos</b>	<b>Medios de evaluación</b>
9:25-9:40	Aprender a realizar un análisis de problemas  Aprender a tomar decisiones	“Análisis de problema y toma de decisiones”	Se les presenta por parejas o tríos un problema. Ante cada dilema se debe tomar una decisión, identificando ventajas, inconvenientes y dudas de la decisión tomada.	Hojas y crayolas	Se valora al equipo que encuentre la mejor solución



CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN "RESILIENCIA"

Fecha Hora	Objetivo específico	Actividades	Métodos y Técnicas de aprendizaje	Recursos didácticos	Medios de evaluación
18/10/2012 9:15-9:25	Aprender a elegir entre varias alternativas	Técnica <b>Debate</b>	Se presentan diferentes situaciones con varias alternativas. Los y las participantes deben elegir una de ellas y comentar por qué.	Ninguno	Se realiza una puesta en común
9:25-9:40	Concientizar de sobre las consecuencias de cada acción				
	Aprender a realizar un análisis de problemas		Se les presenta por parejas o tríos un problema. Ante cada dilema se debe tomar una decisión, identificando ventajas, inconvenientes y dudas de la decisión tomada.	Hojas y crayolas	Se valora al equipo que mejor solución encuentre
	Aprender a tomar decisiones				

CARTA DESCRIPTIVA SESIÓN "ASERTIVIDAD"

<b>Fecha Hora</b>	<b>Objetivo específico</b>	<b>Actividades</b>	<b>Métodos y Técnicas de aprendizaje</b>	<b>Recursos didácticos</b>	<b>Medios de evaluación</b>
18/10/2012 9:15-9:25	Conocer la definición de asertividad.	Lectura de comprensión	Análisis del tema "asertividad" para	fotocopias	Se realiza una puesta en común
9:25-9:40	Identificar las características de los distintos estilos de comportamientos	Roll-playing	Pedir a las personas participantes que se identifiquen con alguno de estos tres estilos de relación y se realiza una puesta en escena. Posteriormente reconocer algunas estrategias para hacer más eficaces las respuestas ASERTIVAS.	fotocopias	Se realiza una puesta en común