



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PLAN ÚNICO DE ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

**ESTUDIO DE CASO APLICADO A MUJER CON AFRONTAMIENTO INDIVIDUAL
INEFICAZ, DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA A PARTIR DE PATRONES FUNCIONALES
DE MARJORY GORDON.**

ESTUDIO DE CASO

Que para obtener el grado de:

ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN SALUD MENTAL

P R E S E N T A

L.E. Isaura Melani Percastegui Lucio

CON LA ASESORÍA DE:

E.E.S.M. Francisco Enríquez Torres



CIUDAD DE MÉXICO

NOVIEMBRE 2016



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PLAN ÚNICO DE ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA

**ESTUDIO DE CASO APLICADO A MUJER CON AFRONTAMIENTO INDIVIDUAL
INEFICAZ, DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA A PARTIR DE PATRONES FUNCIONALES
DE MARJORY GORDON.**

ESTUDIO DE CASO

Que para obtener el grado de:

ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN SALUD MENTAL

P R E S E N T A

L.E. Isaura Melani Percastegui Lucio

CON LA ASESORÍA DE:

E.E.S.M. Francisco Enríquez Torres



CIUDAD DE MÉXICO

NOVIEMBRE 2016

AGRADECIMIENTO

*A la Universidad Nacional Autónoma de México
por la formación que me ha permitido.*

*Al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
Sede del Programa Único de Especialización en Enfermería en Salud Mental*

*A la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología
Por el apoyo brindado durante el estudio del programa de especialización en enfermería.*

*Al Dr. Francisco Enríquez Torres
Por su confianza, enseñanza y energía que envuelve e inspira. Gracias con admiración y
respeto.*

*A la Dr. Jazmín Mora Ríos
por sus enseñanzas y apoyo.*

*Al Dr. Mario Gómez Espinoza
por aportar en mi formación con sus conocimientos y experiencias académicas.*

*A la usuaria que permitió trabajar en su caso, por su tiempo y la confianza brindada en la
realización del presente Estudio de caso.*

DEDICATORIA

A mis padres por darme una base de principios firme que me han permitido llegar hasta este punto. Por darme la vida, con amor y gran admiración.

A mis hermanos, de quienes aprendo cada día lo importante de la constancia y disciplina.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
I.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO	7
1.1 GENERALES	7
1.2 ESPECÍFICOS.....	7
II.- FUNDAMENTACIÓN	8
2.1 ANTECEDENTES	8
2.1.2 ESTUDIOS RELACIONADOS.....	11
2.1.2.1 LABOR TANATOLÓGICA DE ENFERMERÍA EN EL NIVEL DE FRUSTRACIÓN DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	11
2.1.2.2 ESTUDIO DE CASO APLICADO A USUARIA CON ALTERACIÓN EN LOS PATRONES FUNCIONALES “AFRONTAMIENTO- TOLERANCIA AL ESTRÉS Y ROL- RELACIONES” BASADO EN EL MODELO DE MARJORY GORDON.	11
2.1.2.3 MODELOS TEÓRICOS Y CLÍNICOS PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN.	12
III.- MARCO CONCEPTUAL	13
3.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA	13
3.2 PARADIGMA	14
3.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA.....	15
3.4 TEORIAS DE OTRAS DISCIPLINAS.....	20
3.4.1 AFRONTAMIENTO.....	20
3.4.2 DUELO	22
3.4.2.1 ETAPAS DEL DUELO NORMAL	23
3.4.2.2 TIPOS DE DUELO	24
3.4.3 DEPRESIÓN	25
3.4.4 SUICIDIO	29
3.4.5 ENTREVISTA MOTIVACIONAL.....	31
3.4.5 USO Y ABUSO DE ALCOHOL.....	34
3.5 PROCESO DE ENFERMERÍA.....	36
IV.- METODOLOGÍA	38
4.1 ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN, ESTUDIO DE CASO	38
4.2 SELECCIÓN DE CASO, FUENTES DE INFORMACIÓN.	39
4.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	39
4.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	40
4.4.1 CEDULA DE 11 PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON	40
4.4.2 APGAR FAMILIAR.....	40
4.4.3 GENOGRAMA	40
4.4.4 ECO MAPA	40
4.4.5 ESCALA DE GOLDBERG	41

4.4.6 ESCALA SAD PERSON	41
4.4.7 HARS	41
V.- PRESENTACIÓN DEL CASO	42
5.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	42
5.2 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA.....	43
5.2.1 HISTORIA DE VIDA	44
VI.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA	45
6.1 VALORACIÓN	45
6.1.1 VALORACIÓN FOCALIZADA	46
6.1.2 ANÁLISIS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE	47
6.1.3 IDENTIFICACION DE PROBLEMAS	47
6.1.4 JERARQUIZACION DE PATRONES FUNCIONALES	50
6.2 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES	51
6.3 PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS	53
VII.- PLAN DE ALTA	65
VIII.- CONCLUSIONES	65
IX.- SUGERENCIAS	68
BIBLIOGRAFIA	69
ANEXOS	73
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	74
ANEXO 2. CEDULA DE VALORACIÓN DE LOS 11 PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON	75
ANEXO 2.1 GENOGRAMA.....	86
ANEXO2.2 ECO MAPA	87
ANEXO 3. APGAR FAMILIAR.....	90
ANEXO 4. ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG	91
ANEXO 5. ESCALA DE RIESGO SUICIDA SAD PERSON	92
ANEXO 6. ESCALA DE HAMILTON	93

INTRODUCCIÓN

La salud mental es un estado de completo bienestar físico, mental, social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades¹, esto vital para el desarrollo de su potencial siendo capaces de afrontar las tensiones ordinarias de la vida, para ello los profesionales de la salud, la capacitación, el progreso científico desempeñan un papel fundamental como respuesta a las necesidades de atención en salud.

El progreso científico y tecnológico del mundo moderno se ha reflejado en mejores opciones de atención en salud mental de las personas². Además la formación de personal capacitado para la atención en salud como el personal de enfermería especialista en salud mental, los cuales aplican un proceso lógico y reflexivo para desempeñarse competentemente en situaciones que demanden de la aplicación razonada del conocimiento teórico-científico y humanístico. Promueven la utilización de modelos innovadores y de nuevas técnicas para mejorar el cuidado mediante el conocimiento de enfermería basada en evidencias³.

A través de la Universidad Nacional Autónoma de México y la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, se implementa el plan único de especialización de Enfermería en Salud Mental con el propósito de formar profesionales de enfermería con habilidades de atención comunitaria que apoyen a la comunidad en la detección de riesgos y daños a la salud física y mental mediante estudios de caso.

El estudio de caso es un método útil para analizar diferentes situaciones clínicas, tiene como propósito la integración de la teoría y la práctica, cuenta con una sucesión de etapas correlativas e interrelacionadas. El empleo de la metodología del estudio de caso permite plasmar y compartir las experiencias obtenidas, analizar las limitaciones y realizar propuestas que favorezcan la salud mental en los individuos⁴.

¹ OMS. (2013). Plan de acción sobre salud mental. Ginebra Suiza: OMS.

² Medina-Mora, M. E. Borges, G. Muñoz, C. L. Benjet, C. & Jaimes, J. B. (Agosto de 2003). Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Medigraphic Artemiza*, 26(4), 16.

³ J. Frenk, E. R. (2010). *Perfiles de enfermería*. México: SS.

⁴ Orkaizagirre, G. A. (23 de diciembre de 2014). El estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la relación de cuidado. Obtenido de Index Enfermería: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300011&lng=es.

En el presente trabajo se expone un estudio de caso aplicado a una mujer de 47 años de edad con probable Depresión Mayor consecuenta a muerte de familiares cercanos: cónyuge, madre y hermanas. El estudio de caso se realiza de manera sistémica, mediante los once patrones funcionales de Marjory Gordon. Se identifica alteración en los siguientes patrones funcionales:

- ✓ 4.- Patrón actividad- ejercicio.
- ✓ 6.- Cognitivo-perceptual.
- ✓ 7.- Autopercepción- auto concepto.
- ✓ 8.- Rol- relaciones.
- ✓ 10.- Adaptación-tolerancia al estrés.

El presente trabajo está dividido en nueve apartados. En el primero se describen los objetivos del estudio de caso, en el segundo apartado se hace referencia a los antecedentes de la salud mental comunitaria y se exponen datos sólidos de investigaciones de enfermería relacionadas al presente estudio de caso. En el tercer apartado, el marco conceptual en el que se desarrollan las bases teóricas de enfermería para el desarrollo de los conocimientos de la disciplina, finalmente se describe la teoría de enfermería de Marjory Gordon y se conoce cada uno de sus patrones funcionales. En el cuarto apartado se describe la metodología utilizada conociendo las estrategias de intervención, se puntualizan las características para la selección de caso, además las consideraciones éticas para la intervención con la persona entrevistada. Posteriormente en el quinto segmento se expone de manera detallada la presentación del caso, así como los antecedentes generales de la persona tomando en cuenta las consideraciones éticas y preservando la identidad de la persona entrevistada.

En el sexto apartado se expone la aplicación del proceso de enfermería detallando la valoración, valoración focalizada y se hace una jerarquización por patrones funcionales alterados, posteriormente se realiza por cada diagnostico encontrado una serie de intervenciones aplicadas a la persona entrevistada, conociendo el fundamento teórico que sustenta dichas intervenciones y se incluyen los resultados de las intervenciones ejecutadas. En el séptimo apartado se elabora un plan de

alta el cual se realiza para el mantenimiento de la salud de la persona. En el octavo apartado se presentan las conclusiones, los logros, obstáculos y áreas de oportunidad. Finalmente en el último apartado las sugerencias en función de las experiencias obtenidas durante la realización de este estudio de caso.

I.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

1.1 GENERALES

Realizar un estudio de caso mediante el proceso de enfermería basado en los patrones funcionales de Marjory Gordon (J. Alvarez, 2010), involucrando las fases del proceso enfermero y de manera organizada realizar un plan de acción para minimizar, o controlar los factores que desestabilizan la salud mental de la persona seleccionada durante el periodo de prácticas en el Centro Comunitaria de Atención Pública de la delegación Xochimilco.

1.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Determinar y jerarquizar diagnósticos de enfermería en salud mental.
- ✓ Realizar un plan de acción que permita potencializar las capacidades de la persona.
- ✓ Evaluar las intervenciones de enfermería que permitan la salud física, psíquica y social.
- ✓ Favorecer el crecimiento profesional en el área de enfermería comunitaria en salud mental.

II.- FUNDAMENTACIÓN

2.1 ANTECEDENTES

La intervención de los profesionales en el ámbito de la salud en el tratamiento de un paciente no puede quedar reducida únicamente a una recopilación de datos de carácter biológico; hoy en día hay una exigencia de abordar al individuo con una profunda comprensión de su esencia social y desde una posición humanista de sus problemas regidos por los principios de beneficencia y no maleficencia. En el mundo sanitario, humanizar significa hacer referencia a la persona en todo lo que se realiza para promover y proteger la salud, curar las enfermedades, garantizar un ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa a nivel físico, emocional, social y espiritual.⁵

El reto del profesional de enfermería es muy grande, en México los trastornos neuro-psiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Cuatro de las diez enfermedades más incapacitantes, son neuro-psiquiátricas (esquizofrenia, depresión, trastorno obsesivo compulsivo y alcoholismo)⁶. La tendencia es que el índice de enfermos se incremente debido a determinantes sociales tales como pobreza, violencia, aumento de uso y abuso de drogas, el envejecimiento de la población entre otros factores.

Dentro de los trastornos mentales, la depresión ocupa un lugar importante, se calcula que en el año 2020 será la primera causa de baja laboral en los países desarrollados y la segunda enfermedad más frecuente en el mundo.

A pesar de los avances científicos, la atención sigue siendo deficiente, se sabe que la primera puerta que tocan las personas con trastornos mentales es la medicina general. Sin embargo su detección, tratamiento, y/o canalización a servicios especializados es insuficiente, siendo el estigma social un obstáculo en la atención que segrega a los pacientes psiquiátricos, se estima que pasan de 4 a 20 años

⁵ Cabrera, M. L. (2008). Reflexiones sobre dolor no físico y sufrimiento desde la perspectiva de enfermería. Revista cubana de enfermería, 15.

⁶ OMS. (2013). Plan de acción sobre salud mental. Ginebra Suiza : OMS.

desde la aparición del primer síntoma hasta que la persona recibe por primera vez atención especializada (F. Mascoyano, 2015).

Mientras que la población tiene una deficiencia basada en problemas (laborales, con los hijos, la pareja, enfermedades, muerte en la familia, económicos etc.) que representan fuentes importantes de estrés, los servicios ofrecen atención basada en diagnósticos psiquiátricos, en centros especializados, sin embargo el foco de atención es en la comunidad. “La creación de sistemas de salud mental basados en la comunidad. La mayor frecuencia de necesidades y la mayor cantidad de servicios están fundamentalmente en lo que las personas hacemos todos los días: en el autocuidado y en los cuidados informales en la comunidad. Luego, en todo caso, acudimos a los centros de atención primaria.” (Cohen, 2009), con base en esto el Dr. Hugo Cohen menciona los 8 Principios de la Salud Mental Comunitaria siendo los siguientes (Lopez, 2015):

- ✓ Primer principio: “Necesidad de rescatar los recursos de salud presentes en las personas”. Las personas tienen la capacidad de escuchar a otros sobre alguna aflicción produciendo alivio.
- ✓ Segundo principio: “La noción de crisis”. Todos los individuos desde que nacen, atraviesan por crisis propias del desarrollo o inesperadas, afrontando cada una de ellas de manera particular en cada persona.
- ✓ Tercer principio: “La dimensión de lo técnico, lo político y lo social”. En relación a lo técnico se deben repensar las prácticas y conductas para extraer lo que es útil y aplicarlo en diferentes escenarios; lo político, importancia de que las autoridades aprueben la legislación correspondiente y reconsideren cambios precisos para proveer de recursos necesarios; social, provocar nuevas concepciones de los trastornos mentales, desde las familias de los afectados; se destaca además la importancia de que estos tres elementos se articulen, interactúen y avancen juntos.
- ✓ Cuarto principio: “La necesidad de socializar los conocimientos”. Los conocimientos se deben difundir a fin de que todos los miembros de la comunidad actúen en alguna situación de crisis.

- ✓ Quinto principio: “Niveles de complejidad”. Explicada mediante la pirámide de Goldberg, encontrando en el primer nivel de salud unidades y centros de salud Cohén afirma que es en este nivel donde se requieren los mayores esfuerzos, creatividad, inteligencia, capacidad e inversión de recursos pues es en la comunidad donde la persona desarrolla su vida todos los días; nivel intermedio o segundo nivel hospitales generales; y finalmente en el vértice, los hospitales de especialidad donde se incluye el hospital psiquiátrico.
- ✓ Sexto principio: “Necesidad de transformar nuestras propias mentes”. Hace referencia al actuar sin maltrato ni autoritarismo hacia los otros independientemente del nivel educativo con el que se cuente.
- ✓ Séptimo principio: “La necesidad de crear nuevas representaciones sociales respecto a la locura”. Considerando la posibilidad de construir una nueva practica de atención, reflejo de una nueva concepción de la salud mental, ofreciendo a la comunidad nuevas alternativas y un cambio que incluya a todos.
- ✓ Octavo principio: “La idea de rehabilitación”. En la medida en que seamos capaces de producir instancias de rehabilitación insertas en la cotidianeidad de los individuos, más cerca se estará de poder ayudas a la rehabilitación. Se pretende lograr el grado máximo de autonomía de cada individuo potenciando al máximo sus habilidades y capacidades.

La importancia radica en promover que la salud mental se aplique dentro de los programas generales de salud pública, prestando servicios de forma oportuna y continua lo más cerca posible del ámbito familiar de las personas. En este campo comunitario es al profesional de enfermería a quien corresponde la detección de posibles casos por medio del reconocimiento de los síntomas y ofrecer una orientación pertinente al paciente y al familiar para su referencia a distintos centros de atención. Otra función es con las familias facilitando información que permita el empoderamiento en lo relativo a las actitudes, el manejo para con el paciente y darle

continuidad de atención, así como intervenir oportunamente en los casos de urgencia y en la adopción de medidas preventivas.⁷

2.1.2 ESTUDIOS RELACIONADOS

2.1.2.1 LABOR TANATOLÓGICA DE ENFERMERÍA EN EL NIVEL DE FRUSTRACIÓN DE PERSONAS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

La frustración, definida como una reacción emocional o sentimiento de tristeza, decepción o desilusión, actúa como un impedimento o barrera que se interpone para lograr una meta; limita a cubrir las necesidades que siente una persona y obstruye su crecimiento personal. Las personas con diabetes mellitus tipo 2 experimentan sentimientos, emociones y pensamientos derivados de la frustración que lo pueden conducir a episodios depresivos de intensidad diversa y es posible que no se tengan recursos para sobrellevarlos.

Estudio de intervención con evaluación de pre y post test realizada en Yucatán México con una población de N=23 adultos de 40 años en adelante el programa consto de 6 módulos, implementado durante 4 meses; se observó que el 87% de las personas obtuvieron un nivel de frustración medio, previo a la intervención de enfermería, posterior a la intervención se observó que el 69% de la muestra obtuvieron un nivel de frustración bajo. La labor tanatológica de enfermería a través de la relación interpersonal disminuye el nivel de frustración de la persona frente a la diabetes mellitus tipo 2 (R. Pool, 2015).

2.1.2.2 ESTUDIO DE CASO APLICADO A USUARIA CON ALTERACIÓN EN LOS PATRONES FUNCIONALES “AFRONTAMIENTO- TOLERANCIA AL ESTRÉS Y ROL- RELACIONES” BASADO EN EL MODELO DE MARJORY GORDON.

Emociones como la tristeza, el enojo y el miedo son importantes, pues crean respuestas de reflexión, de defensa y de alerta que forman parte de las formas de enfrentamiento ante eventos de la vida cotidiana. Este estudio se llevó a cabo en una comunidad de la delegación Xochimilco a mujer adulta mayor de 73 años quien posterior a la muerte de un familiar cercano presenta emociones displacenteras como dolor, tristeza, culpa, frustración. Se realizaron 6 visitas domiciliarias Se

⁷ León, C. (1999). Perspectivas de la salud mental comunitaria en Latinoamérica. Salud Mental.

implementaron intervenciones específicas para el diagnóstico alterado estableciendo un ambiente de confianza y respeto, se proporcionó escucha activa, se alentó para desarrollar una actitud favorable para disminuir las emociones negativas, se fomentan ejercicios de relajación, se le ayudo a expresar sus sentimientos y emociones, se promocio la importancia de las redes de apoyo. Con lo anterior la usuaria identifico sentimientos y emociones, reconoció nuevas redes de apoyo, se disminuyó el estrés generado por la muerte de familiar cercano.

2.1.2.3 MODELOS TEÓRICOS Y CLÍNICOS PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN.

Describe las características actuales de los estados depresivos como trastornos mentales según distintas corrientes teóricas. Señalan que la enfermedad fue conceptualizada como una enfermedad crónica y recurrente los tratamientos propuesta fueron enfocándose más respecto de los factores específicos que promueven que la psicoterapia no sea solo una práctica efectiva sino más eficiente para el tratamiento de los trastornos afectivos.

III.- MARCO CONCEPTUAL

3.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA

El acto de utilizar el entorno del paciente para ayudarlo en su recuperación de acuerdo a Florence Nightingale hace casi 150 años. La función de enfermería es ayudar al individuo sano o enfermo a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible de acuerdo a Virginia Henderson en 1966⁸.

El cuidado es la protección, promoción y optimización de la salud y las capacidades, prevenciones de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana y el apoyo activo en la atención de individuos, familias, comunidades y poblaciones, de acuerdo a la ANA (American Nurses Association) 2003⁹.

La comunidad es una agrupación organizada de personas que se perciben como unidad social cuyos miembros participan de algún riesgo, interés, elemento, objetivos o función común, con conciencia de pertenencia, situados en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de la persona interacciona más intensamente entre sí que en otro contexto.

Salud comunitaria es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida, promover la salud física y mental y la eficiencia mediante esfuerzos organizados de la comunidad hacia el logro de un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud. ¹⁰

Salud mental comunitaria es la que tiene la finalidad de disminuir la tasa de trastornos emocionales en la comunidad y actúa en contra de los factores sociales

⁸ Orkaizagirre, G. A. (23 de diciembre de 2014). El estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la relación de cuidado. . Obtenido de Index Enfermería: <http://scielo.isciii.es>, <http://dx.doi.org>

⁹ Suagm. (01 de Diciembre de 2005). Definiciones de Enfermería. Obtenido de Enfermería: http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/Reserva_Profesores/reina_rivero_nurs_105/Definiciones_enfermeria.pdf

¹⁰ Rodríguez, J. (2009). *Salud mental en la comunidad*. Washington : OPS .

nocivos que pueden originar enfermedad mental, mediante una actuación efectiva y oportuna.

La enfermería comunitaria es la disciplina que sintetiza los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas de la enfermería y de la salud pública y los aplica en la comunidad, su objetivo es promover mantener y restaurar la salud de la población, contando con la participación comunitaria de esta, mediante cuidados directos y semidirectos, e indirectos a familiares y otros grupos de la comunidad, como miembro de un equipo multidisciplinario y en el marco de una planificación general de atención a la salud¹¹.

3.2 PARADIGMA

Se define paradigma como un marco teórico-metodológico que utiliza el investigador para interpretar los fenómenos sociales en el contexto de una determinada sociedad, paradigma como una visión del mundo, una perspectiva general de las complejidades del mundo real. Los paradigmas en la investigación humana a menudo van en función de la manera en que se responde a interrogantes filosóficas básicas, encontrándose entre ellos el interrogante metodológico. Pinus (2002) dice que para Khun los paradigmas son realizaciones universalmente conocidas que durante cierto tiempo proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica. Así, podemos decir que los paradigmas ofrecen un camino para la construcción de conocimientos, con ellos se proporcionan herramientas útiles para el abordaje de diferentes fenómenos y su contribución al desarrollo de la ciencia. El paradigma es la base de una apertura de la ciencia de la enfermería hacia el mundo, ha inspirado las nuevas concepciones de la disciplina. Diferenciándose por su concepción del mundo, desde una perspectiva científica, por la relación entre la relación sujeto (investigador) y objeto (fenómeno de estudio).¹²

La OMS (1978), autora de la declaración de Alma Ata, adopta una nueva filosofía para los sistemas de salud en el que los hombres tienen el derecho y deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la realización de las

¹¹ S., A. (1982). Enfermería de salud mental comunitaria y práctica. Colombia: Organización Panamericana de la Salud.

¹² Triviño, Z., & Sanhueza, O. (01 de Diciembre de 2005). Scielo. Obtenido de Ciencia y enfermería XI, Paradigmas de investigación en enfermería: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000100003

medidas de protección sanitaria que les son destinadas. La persona comienza a considerarse como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad. La salud se concibe como una experiencia que engloba la unidad ser humano-entorno y se integra en la vida misma del individuo, la familia y el grupo social. La salud es un valor una experiencia individual. El entorno es todo el universo que forma parte de la persona, estando en constante cambio. El cuidado de enfermería se dirige al bienestar tal y como la persona lo define significa “estar con”, en un clima de mutuo respeto creando posibilidades de desarrollar su potencial, lo que beneficia también al profesional.¹³

3.3 TEORÍA DE ENFERMERÍA

La primera teoría de enfermería nace con Florence Nightingale, quien en 1860 desarrollo su teoría del entorno. A partir de ella nacen diferentes modelos teóricos y cada uno de ellos aporta una filosofía de entender la enfermería y el cuidado.

Marjory Gordon, doctora en enfermería por el Boston College, se le considera una de las pioneras y principales impulsoras del lenguaje de enfermería estandarizado, basado en Diagnósticos Enfermeros de ámbito internacional. Esta teórica define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología (Lopez, 2015).

Los Patrones Funcionales de salud, fueron creados por Marjory Gordon a mediados de los años 70, para enseñar a sus alumnos, de la Escuela de Enfermería de Boston, la valoración de los pacientes.

Los Patrones Funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo

¹³ Fernández, M. (2004). Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería. Obtenido de Corrientes del pensamiento de enfermería: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema10.pdf>

del tiempo. La utilización de los Patrones Funcionales, permite una valoración de enfermería sistemática premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos, relevantes del paciente (físico, psíquico, social, del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles a una valoración correcta.

Marjory Gordon agrupó en 11 Patrones con una estructura para valorar cada uno de los aspectos de salud que afectan al individuo. Los once patrones funcionales tienen la característica de conducir de forma lógica al diagnóstico enfermero, contemplan al paciente de forma holística y recogen toda la información necesaria del paciente, familia y entorno.

Los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon son:

Patrón 1 Percepción - control de la salud.

Este Patrón describe, cómo percibe el propio individuo su salud, el bienestar y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación. Por tanto se incluye en él, las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a la población, etc.) la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc.). En concreto, mediante la valoración de este Patrón pretendemos determinar las percepciones sobre salud del individuo, el manejo general de su salud y las prácticas preventivas. Percepción y cuidado de la salud, motivo del ingreso, información que tiene de su enfermedad y percepción de la misma. Historia de enfermedades y antecedentes quirúrgicos, alergias, hábitos: consumo de alcohol, tabaco, drogas, consumo de fármacos: medicación habitual.

Patrón 2 Nutricional metabólico.

Mediante la valoración de este Patrón, se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También se explora los

posibles problemas en su ingesta. Asimismo, se determina las características de la piel, mucosas y su estado. Se indaga sobre talla, peso y temperatura.

Patrón 3 Eliminación.

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel), todos los aspectos relacionados como es rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones. Valora el patrón habitual de evacuación urinaria e intestinal: frecuencia, características, sudoración, menstruación, hemorroides, deposiciones involuntarias, control de esfínteres, etc. presencia o no de signos y / o síntomas de alteraciones.

Patrón 4 Actividad- ejercicio. Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad para la realización de ejercicios. Describe las costumbres de ocio y recreo. Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía. Valoración del estado cardiovascular: frecuencia cardiaca o PA anormales en respuesta a la actividad, cambios ECG que reflejen isquemia o arritmia, etc. valoración del estado respiratorio: valorar antecedentes de enfermedades respiratorias, ambiente ecológico laboral, tabaquismo, disnea o molestias de esfuerzo, tos nocturna asociada a regurgitaciones, expectoración, indicación verbal de fatiga, etc. valoración de la movilidad y actividades cotidianas: debilidad generalizada, cansancio, estilo de vida (sedentario, activo), actividades de la vida diaria (AVD).

Patrón 5 Sueño - descanso.

Describe los patrones de sueño, descanso a lo largo del día y los usos y costumbres individuales para conseguirlos. Valorar signos y síntomas de sueño insuficiente: nerviosismo, ansiedad, irritabilidad creciente, letargia, apatía, bostezos frecuentes, cambios posturales, valorar modelo habitual de sueño / descanso factores que afectan el sueño, estrés psicológico, cambios ambientales, estímulos sociales, antecedentes de trastorno del sueño.

Patrón 6: Cognitivo – perceptual.

En él se describe el patrón sensorio -perceptual y cognitivo del individuo. Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección. En este patrón también se determina la existencia o no de dolor. Asimismo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje. Valorar la presencia de indicadores no verbales de dolor como: expresión facial agitación, diaforesis, taquipnea, posición de defensa. Valoración del dolor: comunicación verbal, intensidad, (utilizar una escala), descripción del dolor, localización, carácter, frecuencia, signos y síntomas asociados: náuseas, insuficiencia respiratoria etc. Medidas de alivio utilizadas fármacos, valoración sensorial y reflejos: déficit sensorial, cognitivo, dificultades de aprendizaje, desorientación, alteración del proceso de pensamiento, conflicto de decisiones.

Patrón 7 Autopercepción - auto concepto.

Describe el patrón de auto concepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal, su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, etc.). Ansiedad, temor, alteración de la autoestima, valoración del grado de ansiedad: observar la aparición de signos de ansiedad, angustia y temor, nerviosismo, cefaleas, tensión muscular, movimientos inquietos, mareos, hipo ventilación, insomnio, somnolencia, cansancio, etc. Valoración del conocimiento y percepción de su enfermedad, solicitud de información.

Patrón 8: Rol - relaciones.

Incluye este patrón el papel o rol social que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc. Así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo. Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales. Valoración de la comunicación y patrón de

interacción social: ambiente familiar, ambiente laboral, etc. Valoración de cambios de conducta: dependiente, retraída, exigente, manipuladora, etc.

Patrón 9: Sexualidad - reproducción.

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, así mismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo. Número de hijos, abortos; trastorno en las relaciones sexuales. Mujer: uso de anticonceptivos, menarquia, última menstruación, menopausia, revisiones periódicas, autoexamen de mama, etc. Hombre: problemas de próstata.

Patrón 10: Afrontamiento – tolerancia al estrés.

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones. Afrontamiento de la enfermedad: verbalización de la incapacidad de afrontamiento o de pedir ayuda, alteración en la participación social cansancio, cambio de los patrones de comunicación manipulación verbal, tabaquismo excesivo, consumo excesivo de bebidas alcohólicas, falta de apetito, uso excesivo de tranquilizantes prescritos. Alteración de las conductas de adaptación. Grupos de apoyo: familia, amigos.

Patrón 11: Valores - creencias. Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud. Interferencias de la enfermedad o de la hospitalización en: prácticas religiosas habituales, prácticas o creencias habituales, tradiciones familiares, etc. Deseo de contactar con una persona que practique la religión de la persona que lo solicita un padre, un capellán del hospital. ¹⁴

¹⁴ Álvarez, J., F., D. C., Fernández, D., & Muñoz, M. (Junio de 2010). Manual de Valoración de Patrones Funcionales. Obtenido de Atención Primaria

3.4 TEORIAS DE OTRAS DISCIPLINAS

3.4.1 AFRONTAMIENTO

Calidad de vida es hablar del equilibrio entre expectativas, esperanza, sueños y realidades conseguidas o asequibles. Una buena calidad de vida se expresa habitualmente en términos de satisfacción, contento, felicidad y capacidad para afrontar los acontecimientos vitales a fin de conseguir una buena adaptación o ajuste. En general la enfermedad, sobre todo la crónica y su tratamiento o sus secuelas, modifican nuestras metas, nuestras expectativas, nuestra esperanza. El concepto de adaptación es por tanto, el concepto clave para la calidad de vida, y es el vínculo de unión entre los conceptos de calidad de vida, afrontamiento y finalmente apoyo social.

El afrontamiento cuenta con diversas definiciones, que varían de la inclusión de patrones de actividad neuroendocrina y autonómica, hasta tipos específicos de procesamiento. Se define como una respuesta o conjunto de respuestas ante la situación estresante, ejecutadas para manejarla y/o neutralizarla. Se habla del afrontamiento en relación a un proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que se le plantean en su acontecer vital y reestablecer el equilibrio es decir, para adaptarse a la nueva situación.

Efectivamente el proceso de adaptación implica un equilibrio entre las demandas y expectativas planteadas por una situación dada y las capacidades de un apersona para responder a tales demandas. La magnitud de la discrepancia determina en parte el estrés que experimenta la persona. Esta idea es el núcleo de la teoría del estrés y del afrontamiento desarrollada por Lazarus 1984 que concibe al estrés en sujetos humanos como resultante de una valoración que el sujeto hace de un desequilibrio entre sus recursos/capacidades, y las demandas del acontecimiento o situación, a favor de estas últimas.

Los recursos que el sujeto toma en cuenta en esa apreciación o valoración de la situación pueden considerarse como recursos de afrontamiento y su puesta en

práctica para intentar reestablecer el equilibrio estas son las respuestas de afrontamiento. En esta teoría el afrontamiento se define como la puesta en práctica de un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas por la persona como excedentes o desbordantes de sus recursos. La respuesta o conjunto de respuestas que emite una persona para manejar un acontecimiento o situación que juzga estresante depende de sus recursos de afrontamiento (habilidad y capacidad para llevarlas a cabo. Los recursos de afrontamiento pueden ser físicos, psicológicos, estructurales, sociales y culturales:

- ✓ Culturales: tienen que ver con las creencias que la persona tiene sobre la enfermedad y la salud y con los procesos de atribución causal. Tales creencias, normas, valores y símbolos vienen dadas por la cultura del individuo.
- ✓ Estructurales: se refiere a la estructura de los papeles sociales que comprende la organización de un sistema social y a los subsistemas y redes que este incluye. Además tiene que ver con los compromisos vitales personales y fundamentalmente consisten en la forma personal de interpretar un papel social.
- ✓ Sociales: se refieren a los procesos de interacción social real que se producen y al entorno social que rodea los encuentros interactivos. Los recursos sociales incluyen también las características de los sistemas de apoyo social, que parecen ser cruciales para el afrontamiento del estrés. Incluye ingresos adecuados, residencia adecuada, satisfacción con el empleo, red de apoyo disponible para el sujeto.
- ✓ Psicológicos: se refieren a los estados afectivos y cognitivos, a los esquemas de acción y los repertorios comportamentales del individuo.
- ✓ Físicos: se refieren al entorno físico del sujeto y a las características biológicas de su organismo. Los recursos físicos pueden incluir los recursos materiales a cosas tangibles como instrumentos o equipo.

Las respuestas de afrontamiento pueden ser de dos tipos: aproximación y evitación. Son términos básicos para significar una actividad que se orienta hacia o se aparta de la amenaza. El afrontamiento de aproximación incluye todas aquellas estrategias cognitivas o comportamentales que aproximan al problema que está generando el distres o las emociones negativas concomitantes. El afrontamiento evitativo incluye todas aquellas estrategias cognitivas o comportamentales que permiten escapar de o evitar la consideración del problema o las emociones negativas concomitantes.¹⁵

3.4.2 DUELO

El duelo (del latín *dolium*, dolor, aflicción) es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo. La reacción emocional y de comportamiento en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Incluye componentes psicológicos, físicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida. En términos generales es un proceso normal, por lo que no se requieren situaciones especiales para su solución.

Se piensa en el duelo sólo en el contexto de la muerte de un ser querido, pero también suele producirse como reacción ante la pérdida de una persona amada o de alguna abstracción que ha ocupado su lugar, como la patria, la libertad, un ideal, entre otros. En todo tipo de situaciones vitales existe un grado de aflicción y duelo; incluso, cambios tan corrientes como mudarse a otra casa o trasladarse a una nueva región pueden implicar la sensación de pesar por la pérdida del contexto en el que siempre se ha vivido, o el distanciamiento con amigos.

Entre los diferentes procesos de duelo que tienen que enfrentarse, el más doloroso se refiere a la finitud de nuestra vida y la de los seres queridos. A medida que transcurre la vida tenemos un contacto más directo y más frecuente con la muerte, cada vez más cercana. Cuando mueren familiares y amigos sobre todo si son contemporáneos, su pérdida nos enfrenta a nuestra propia realidad y futuro inexorable. No toda muerte entraña, representa un duelo; para ello es preciso que

¹⁵ Rodríguez, J., Pastor, A., & López, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. Obtenido de Departamento de Psicología de la salud, Facultad de Medicina. Universidad de Alicante: <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/7199/7063>

la persona objeto de la pérdida tenga importancia y significado para el o los que le pierden, y que unos y otros tengan lazos de unión estrechos. Lo esencial del duelo es el cariño (apego) y la pérdida. La muerte imprime al duelo un carácter particular en razón de su radicalidad, de su irreversibilidad, de su universalidad y de su implacabilidad. Una separación no mortal deja siempre abierta la esperanza del reencuentro; la muerte, jamás.

No se dispone de una respuesta a la pregunta de cuándo se ha terminado un duelo. Más bien, debe considerarse que es imprescindible haber completado las etapas; un punto de referencia de un duelo completado es cuando la persona es capaz de pensar sin dolor en el fallecido, cuando la persona puede volver a invertir sus emociones en la vida y en los vivos.

3.4.2.1 ETAPAS DEL DUELO NORMAL

El desarrollo clínico del duelo pasa siempre por los mismos caminos que constituyen tres grandes fases¹⁶. El inicio o primera etapa: se caracteriza por un estado de choque intenso, hay una alteración en el afecto, con una sensibilidad anestesiada, el intelecto está paralizado y se afecta el aspecto fisiológico con irregularidades en el ritmo cardíaco, náuseas o temblor. La primera reacción es el rechazo, la incredulidad que puede llegar hasta la negación, manifestada por un comportamiento tranquilo e insensible, o por el contrario, exaltado. Se trata de un sistema de defensa. La persona que ha sufrido la pérdida, activa inconscientemente un bloqueo de sus facultades de información. Esta fase es de corta duración, se extiende desde el anuncio de la muerte hasta el término de las honras fúnebres.

Etapa central: es el núcleo mismo del duelo; se distingue por un estado depresivo y es la etapa de mayor duración. Al principio, la imagen del desaparecido ocupa siempre y por completo la mente del doliente. Conforme pasa el tiempo, alternan momentos de recuerdo doloroso con la paulatina reorganización de la vida externa e interna de quien sufrió la pérdida. En esta fase se recuerda constantemente al desaparecido y se añoran los pequeños detalles de la vida cotidiana que se

¹⁶ Meza. Op. Cit.

compartían con el ser querido. El estado depresivo del duelo hace que la persona, totalmente ocupada de su objeto, viva replegada sobre sí misma. Nada le interesa ya, el mundo está vacío y sin atractivos. El sufrimiento del duelo es la expresión y consecuencia del trabajo de liberación que se opera necesariamente después de la pérdida de un ser querido. Durante el periodo del estado depresivo, a la intensificación de la relación con el desaparecido se asocia un sentimiento de gran soledad, no solamente social sino también emocional.

Etapa final: es el periodo de restablecimiento. Comienza cuando el sujeto mira hacia el futuro, se interesa por nuevos objetos y es capaz de volver a sentir nuevos deseos y de expresarlos. Este periodo de adaptación se manifiesta por el desarrollo de nuevas relaciones sociales. Se separa de los objetos personales del fallecido, guardando solamente los significativos. El estado depresivo se disipa, el dolor y la pena van disminuyendo, la persona experimenta un alivio. El final del duelo se manifiesta, esencialmente, por la capacidad de amar de nuevo.

3.4.2.2 TIPOS DE DUELO

El duelo anormal aparece en varias formas y se le han dado diferentes nombres. Se le llama patológico, no resuelto, complicado, crónico, retrasado. En la versión más reciente del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana hace referencia a las reacciones anormales de duelo como duelo complicado.

Es la intensificación del duelo al nivel en que la persona está desbordada, recurre a conductas desadaptativas o permanece en este estado sin avanzar en el proceso del duelo hacia su resolución. Esto implica procesos que llevan a repeticiones estereotipadas o a interrupciones frecuentes de la curación.

Se tiende a considerar que hay riesgo de duelo patológico cuando el dolor moral se prolonga considerablemente en el tiempo; cuando su intensidad no coincide con la personalidad previa del deudo; cuando impide amar a otras personas o interesarse por ellas y cuando el sujeto se ve invalidado en su vida diaria, sin más ocupación que la rememoración del muerto.

Duelo anticipado: El duelo no comienza en el momento de la muerte, sino mucho tiempo antes. Cuando se emite un pronóstico de incurabilidad, produce tristeza en el familiar, pero también una adaptación más o menos inconsciente a la nueva situación que se acaba de crear. A partir de ese momento se crea lo que se ha llamado el duelo anticipado, que ofrece a las personas involucradas la oportunidad de compartir sus sentimientos y prepararse para la despedida.

Pre duelo: Es un duelo completo en sí mismo que consiste en creer que el ser querido ha muerto definitivamente “en estado de salud”. El que está ahora a nuestro lado ha sido transformado por la enfermedad a tal punto, que en algunos casos no se le reconoce más.

Duelo inhibido o negado: Se niega la expresión del duelo porque la persona no afronta la realidad de la pérdida. Puede prevalecer una falsa euforia, que sugiere la tendencia patológica de la aflicción.

Duelo crónico: Es el que tiene una duración excesiva y nunca llega a una conclusión satisfactoria. Un duelo crónico puede llegar a ocupar toda una vida. Existen personas estructuradas existencialmente por el duelo, en las que éste determina el núcleo constitutivo de su existencia.

3.4.3 DEPRESIÓN

De acuerdo al DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) V los criterios para el episodio depresivo mayor son los siguientes:

- A) Cinco o más de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.
 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.
 2. Disminución importante del interés o placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento de apetito casi todos los días.
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (puede ser delirante) casi todos los días.
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones, casi todos los días.
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B) Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento.
- C) El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D) El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E) Nunca ha habido un episodio de tipo maniaco o hipomaniaco.

Para distinguir el duelo de un episodio depresivo mayor es útil tener en cuenta que en el duelo el afecto predominante es el sentimiento de vacío y pérdida, mientras que en un EDM es el estado de ánimo deprimido persistente y la incapacidad de esperar felicidad o placer. (DSMV, 2014)

El trastorno depresivo mayor tiene repercusiones serias sobre la calidad de vida y el funcionamiento social de los pacientes afectados, en México tiene una tasa alta de morbilidad al grado de ser causa de importantes niveles de ausentismo en el trabajo. La organización Mundial de la Salud reportó que la depresión podría ser, para el 2020 la segunda causa de deterioro en el funcionamiento social y laboral en

el mundo. Además en los últimos años la incidencia de este trastorno aumento no solo en los adultos sino también de forma alarmante, en niños y jóvenes.¹⁷

Los trastornos depresivos son un problema de salud pública en todo el mundo. En México la depresión ocupa el segundo lugar después del consumo de alcohol entre los trastornos mentales que padece la población adulta en los centros urbanos. Los factores asociados con los síntomas depresivos fueron de acuerdo a estudio acerca de la relación de la depresión y la biodiversidad del ambiente: ser mujer, considerarse indígena, tener menor escolaridad, vivir sin pareja, carecer de trabajo remunerado de forma regular, padecer una enfermedad crónica y beber alcohol.¹⁸

El Programa Nacional de Salud 2007-2012¹⁹, describe que la depresión es la principal causa de “daños generados por problemas de salud que no llevan a la muerte” en mujeres, superando, incluso a enfermedades tales como la diabetes mellitus, afecciones originadas en el periodo perinatal, anomalías congénitas y las enfermedades isquémicas del corazón. En hombres ocupa el noveno lugar sin embargo, la cirrosis y el consumo de alcohol ocupan el segundo y tercer lugar respectivamente. Ambas patologías frecuentemente vinculadas con el ánimo deprimido.

La depresión puede exacerbar el dolor y la angustia asociada con enfermedades físicas así como afectar desfavorablemente los resultados de su tratamiento. Así mismo el padecer depresión impacta sobre el funcionamiento social y ocupacional. Las relaciones de pareja y familiares son frecuentemente afectadas de forma negativa, y la presencia de depresión en los padres se ha asociado con el desarrollo de una crianza negligente así como perturbaciones significativas de sus hijos²⁰.

¹⁷ Gutiérrez, E. C. (2013). Procesamiento de la música en el primer episodio de trastorno depresivo mayor sin tratamiento. . Salud mental.

¹⁸ Duarte, H. S. (2015). Biodiversidad y síntomas depresivos en adultos mexicanos. Exploración de los efectos beneficiosos del ambiente. Biomédica.

¹⁹ Secretaría de Salud. (2011). Obtenido de Estrategias programa sectorial de salud programa nacional de salud mental: Modelo Miguel Hidalgo 2013-2018 : http://187.141.20.3/reuniondirectores/2013/2013_4/consame.pdf

²⁰ Gerard, H. C. (2010). Guía clínica para el manejo de la depresión. . Ciudad de México. : Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Uno de los principales factores de riesgo para intentar o cometer suicidio es la sintomatología depresiva (Mann y cols., 2005). Por lo que la valoración sistemática de riesgo suicida se recomienda en cada cita ya sea inicial o subsecuente. (Ver figura 1). Cabe destacar que el tratamiento de elección para un cuadro depresivo grave es la hospitalización. La prevalencia de suicidio consumado en pacientes depresivos hospitalizados ha sido determinada entre 9.2% y 15.2²¹. En nuestro país Borges y cols. (2005), describieron un riesgo relativo para pacientes deprimidos de presentar ideación suicida de 10.15 (IC 95% 7.82-13.17), para la planeación de 11.97 (IC 95% 8.8-16.28) y de intento suicida de 11.61 (IC 95% 8.11-16.61).

Se ha estimado que la depresión participa en aproximadamente 65%–90% del total de suicidios relacionados con enfermedades psiquiátricas (Blumenthal 1998; Arsenault-Lapierre y cols., 2004). De acuerdo con la OMS (2003), hasta 80% de las personas que se suicidaron padecían varios síntomas depresivos. En los pacientes deprimidos, el riesgo parece ser mayor cuando no siguen su tratamiento, o piensan que no son tratables o son considerados no tratables por los especialistas. Los pacientes deprimidos que no han llegado intentar el suicidio cuentan con mayores sentimientos de responsabilidad hacia su familia, más miedo de desaprobación social, mayores objeciones sociales al suicidio, mayores habilidades de supervivencia y de afrontamiento y mayor temor al suicidio, que los pacientes deprimidos que intentan el suicidio²².

²¹ Ibid.

²² American Psychiatric Association (APA) 2006. Manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-V., Barcelona: Masson.

Factores de riesgo para la conducta suicida		
Factores Psicosociales	Factores Biológicos	Factores Familiares
Estado actual <ul style="list-style-type: none"> ✓ Perdida reciente ✓ Inestabilidad familiar ✓ Aislamiento social ✓ Desesperanza ✓ Estado civil: viudos, separados, divorciados, solteros, casados. ✓ No estar viviendo con la familia o no contar con alguien Antecedentes de: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Perdida de los padres en la infancia ✓ Inestabilidad familiar Rasgos de personalidad <ul style="list-style-type: none"> ✓ Impulsividad ✓ Agresividad ✓ Labilidad emocional ✓ Dificultad para afrontar y resolver problemas. 	Género masculino Enfermedad medica actual: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Padecimientos incapacitantes ✓ Padecimientos doloroso ✓ Padecimientos terminales Enfermedad psiquiátrica actual <ul style="list-style-type: none"> ✓ Trastorno depresivo mayor ✓ Abuso/ dependencia al alcohol u otras sustancias ✓ Esquizofrenia ✓ Trastornos de personalidad antisocial Antecedentes de: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Intento suicida previo ✓ Tratamiento psiquiátrico anterior ✓ Hospitalización previa por hospitalización 	Historia familiar de trastornos psiquiátricos <ul style="list-style-type: none"> ✓ Depresión ✓ Esquizofrenia ✓ Ansiedad ✓ Enfermedad bipolar ✓ Alcoholismo ✓ Suicidio

Figura 1. Factores de riesgo para la conducta suicida. Gerard H. (2010). Guía clínica para el manejo de la depresión. México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

3.4.4 SUICIDIO

El suicidio es una conducta asociada a trastorno mental depresivo. Disminución de la serotonina o producción insuficiente, la señal electroquímica de la neurona no es suficiente. La corteza orbito prefrontal inhibe actos de agresividad.

El suicidio es una acción en la cual solamente se puede actuar a través de la prevención. Y ello se consigue mediante la modificación de factores de riesgos

como el sexo, la edad, el vivir solo, estar viudo o soltero, situación laboral o económica (Flores, 2015).

El intento de suicidio representa un problema de salud pública, originado por dos situaciones: primero por la frecuencia y otra es porque se trata de una causa de muerte evitable. En 2011 la estadística de suicidio en México refleja lo siguiente: hubo un aumento en 1970 (1.13%) a 1994 (2.89%). Las tasas se incrementaron en mayor proporción en hombres. Aguascalientes (9.2), Quintana Roo (8.8), Campeche (8.5) por cada 100 mil habitantes siendo los estados con mayor número de suicidios en México (Molina, 2015).

Por otro lado el panorama actual muestra lo siguiente: en 2013 hubo 5,889 suicidios, es la 14ª causa de muerte a nivel nacional. La tasa promedio es de 4.9%. En el grupo de 15 -29 años es la 3ª causa de muerte. Los factores determinantes para el suicidio en hombres son: impulsividad agresividad, presión social, características de personalidad (Whaley., 2015). Las formas de suicidio prevalentes son: el 77% es por ahorcamiento, le siguen disparo de arma, envenenamiento, saltar a un lugar. En México por cada suicidio hay 25 intentos. Mientras más intentos de suicidio haya, hay un mayor riesgo de consumar el suicidio. La pirámide progresiva de la conducta suicida es la siguiente:

- ✓ Suicidio: acto consumado
- ✓ Intento de suicidio: actos de quitarse la vida que si lo cometió pero el resultado no es letal.
- ✓ Gesto de suicidio: actos a quitarse la vida pero no completo la acción.
- ✓ Plan (ideación) suicida: tener muy claro que lo va a hacer. “me voy a matar”.
 - ✓ Ideación suicida no estructurada
 - ✓ Ideación suicida semiestructurada: sabe que lo va a hacer y como pero no cuando.
 - ✓ Ideación suicida estructurada: sabe cómo cuando dónde y con que, lo realizará.
- ✓ Idea (fantasía) suicida: el sujeto fantasea con la idea: “qué pasaría si yo no estuviera vivo”.

- ✓ Idea de muerte: ideas propias acerca de la muerte que se presentan esporádicamente y no de manera constante.

A continuación se muestra la clasificación del suicidio por su letalidad:

- ✓ Intento suicida de leve letalidad: el daño que se presentó no representa un peligro para la vida.
- ✓ Intento suicida de moderada letalidad: pone en peligro la vida o la función pero sus efectos pueden ser revertidos por mecanismos de adaptación.
- ✓ Alta letalidad: pone en peligro la vida y la función, los mecanismos de adaptación no pueden revertir sus efectos.

Finalmente se describe la clasificación por intencionalidad suicida: puede ser baja o alta de acuerdo a la valoración que se realice (Merlín., 2015).

3.4.5 ENTREVISTA MOTIVACIONAL

La Entrevista Motivacional (EM) es una herramienta clínica orientada hacia los objetivos, con una particular atención en el lenguaje que promueve el cambio. Está diseñada para fortalecer la motivación y el compromiso de las personas para lograr un cambio específico a través de la inducción y la exploración de las razones que tienen las personas para realizar una modificación de su conducta.²³

La EM es la forma concreta de ayudar a las personas para que se reconozcan y se ocupen de sus problemas potenciales y presentes, se prepare el terreno para trabajo terapéutico posterior. La responsabilidad para el cambio se deja en manos del individuo. Las estrategias de la entrevista motivacional son más persuasivas que coercitivas, el objetivo de la EM es aumentar la motivación intrínseca del paciente de tal forma que el cambio surja desde dentro más que impuesto desde fuera.

El auto concepto, la toma de decisiones, las actitudes elegidas, el duelo y la aceptación son cuestiones clínicas que pueden afectar a la conducta pero que deben resolverse fundamentalmente a nivel interno. Este tipo de cambio como un objetivo potencial para la EM.

²³ Miller, R. R. (1999). La entrevista motivacional. Ayudar a las personas a cambiar. Barcelona, España.: PAIDOS.

Se enfoca en promover un cambio y su propósito es tener conversaciones más efectivas acerca del mismo sobre todo cuando se dan en un contexto en el que alguien ofrece ayuda profesional a otra persona. La entrevista motivacional se ha diseñado para encontrar un modo constructivo de superar los retos que suelen aparecer cuando alguien con la intención de ayudar, se adentra en la motivación para el cambio de otra persona. La entrevista motivacional consiste en organizar las conversaciones de modo que las personas se persuadan a sí mismas para cambiar en función de sus propios valores e intereses. Las actitudes no solo se reflejan en el discurso sino que este puede modelarlas activamente.

Además hay 5 principios generales de la entrevista motivacional:

- ✓ Expresar una empatía: intenta comprender la perspectiva de los pacientes sin juzgar, criticar o culpabilizar. Es posible comprender la perspectiva de la persona entrevistada sin embargo no estar de acuerdo con ella. La actitud es crucial es una escucha respetuosa hacia el entrevistado con un deseo de comprender sus puntos de vista, esta actitud libera un cambio. Aceptación insistente elemento que no se debe considerar “usted no está bien, tiene que cambiar” ocasiona que continúe la resistencia. La ambivalencia es aceptada como una parte normal de la experiencia humana y del cambio más que como un rasgo patológico.
- ✓ Crear discrepancias: crear en la mente del paciente una discrepancia entre la conducta actual y objetivos más amplios referidos por el propio usuario, enfrentarse a una realidad satisfactoria como posibilidad de cambio. Tomar conciencia de las consecuencias de las acciones es importante.
- ✓ Evitar la discusión: a fin de convencerle que tiene un problema y que necesita cambiar, no es una entrevista confrontativa.
- ✓ Darle un giro a la resistencia: un ataque no se afronta con una posición directa sino que se utiliza el propio momento del atacante para sacar una buena ventaja, la pregunta evocadora que hace reflexión en la persona permite un giro en la percepción de la persona.

- ✓ Fomentar la autoeficacia: como objetivo vital de la entrevista motivacional, el paciente es responsable de escoger y llevar a cabo un cambio personal.

La entrevista motivacional se centra en cómo ayudar a liberar a las personas de la ambivalencia que les atrapa llevándolos a evitar ciclos repetitivos de conductas autodestructivas.²⁴

Hay tres enfoques diferenciados de la entrevista motivacional:

Enfoque de la confrontación de la negación: énfasis importante en aceptación de sí mismo como poseedor de un problema, aceptación de diagnóstico como algo esencial para el cambio. Énfasis en patología de personalidad la cual disminuye capacidad de elección personal, juicio y control. El terapeuta presenta evidencia de los problemas a fin de intentar convencer al paciente para que acepte el diagnóstico.

- ✓ En la entrevista motivacional se desenfatan las etiquetas, que son innecesarias para producir cambios. Se hace énfasis en la elección de la persona y responsabilidad para decidir sobre su conducta. El terapeuta lleva a cabo evaluación objetiva se centra en provocar las propias preocupaciones del usuario. El cambio se hace a través de la reflexión.

Enfoque de entrenamiento de habilidades: Busca la identidad y modifica las cogniciones adaptadas. Percibe estrategias de afrontamiento.

- ✓ En la entrevista motivacional se utilizan estrategias específicas para aumentar la motivación. El terapeuta analiza y devuelve las percepciones del paciente sin etiquetarlas o corregirlas. Provoca estrategias posibles para el cambio por parte del paciente como de personas significativas.

Enfoque no directivo: el paciente determina contenido y dirección de la terapia. Se evita que el terapeuta introduzca su propio consejo y feedback.

- ✓ El enfoque de la entrevista motivacional, dirige al paciente en forma de sistema hacia la motivación para el cambio. Ofrece el propio consejo

²⁴ Ibid.

del terapeuta y el feedback cuando es adecuado. Reflexión de forma selectiva.

Finalmente la entrevista motivacional es un recurso de suma importancia que favorece el cambio, promueve una visión general y amplia de las actitudes de la persona, favoreciendo la reflexión para generar un cambio en el actuar. A continuación se abordará datos sobre el uso y abuso del alcohol en la población, específicamente en México ya que la persona entrevistada posterior a la intervención de la entrevista brindó información respecto al consumo de alcohol y se observó ambivalencia a volver a consumir alcohol o no.

3.4.5 USO Y ABUSO DE ALCOHOL

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁵, el abuso del alcohol es un estado patológico físico, mental y social, un trastorno que afecta la conducta del individuo y que se caracteriza por el excesivo consumo de bebidas con alto contenido de alcohol, convirtiéndose con ello, en el factor causal de más de 200 enfermedades. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS, estiman que cada persona mayor de 15 años consume anualmente en promedio 17 litros de alcohol puro y este porcentaje es mayor en hombres (7.6%) que en mujeres (4%), aunque la evidencia refleja que las mujeres son más vulnerables a los efectos nocivos de esta sustancia. Por su parte en América Latina el promedio de consumo es de 8.4 litros per cápita cada año por lo que se ubica en el segundo lugar después de Europa. Esto ha desencadenado que México ocupe el quinto lugar con las más altas tasas de mortalidad atribuibles al alcohol, reflejando así, los patrones nocivos del consumo. Este fenómeno de índole social afecta al 70% de la población mayor de 15 años a nivel mundial, de los cuales, el 10% se convertirán en personas que abusan del alcohol y el 3-5% serán dependientes de esta sustancia. Por lo tanto se establece que el consumo de alcohol resulta perjudicial para la salud y para las relaciones sociales pero la naturaleza y la gravedad de sus efectos dependen de los hábitos de consumo.

²⁵ OMS, I. (2011). Informe sobre el sistema de salud mental en México.

En el Informe General de la Consulta sobre Alcoholismo y Pueblos Indígenas realizada en el año 2008 se mencionó que en México, el abuso del alcohol representa el 11.3% de la carga total de enfermedades; así mismo, el 49% de los suicidios y 38% de los homicidios en el país se cometen bajo los efectos de las bebidas alcohólicas. El 38% de los casos de lesiones ocurren como resultado del consumo excesivo de bebidas embriagantes, particularmente entre jóvenes de 15 a 25 años de edad, etapa de la vida en la que los accidentes ocupan la primera causa de mortalidad. Es importante resaltar que más del 13% de la población presenta síndrome de dependencia al alcohol, esto es, 12.5% hombres y 0.6% mujeres entre 18 y 65 años de edad. Estos datos brindan un panorama sobre lo que el alcohol genera a nivel del comportamiento pues los individuos crean una dependencia por la sensación emocional y física que origina, por consecuencia se ve manifestado en las acciones que la persona realiza.

Por su parte, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2011 menciona que a nivel nacional el consumo de alcohol se mantiene como la principal problemática en materia de adicciones, afectando principalmente a la población joven, ya que en el 2010, el 19.9% de los tratamientos brindados por los Centros de Integración Juvenil estuvieron relacionados con el consumo de alcohol. Cabe mencionar que en México las bebidas alcohólicas son ampliamente consumidas por hombres y mujeres de diferentes clases sociales, de distintas edades habitan tanto en el medio rural como en el urbano según el Comisión Nacional contra las Adicciones en su informe ejecutivo resalta que a partir de los resultados de la ENA, entre el 2008 y 2011 el número de bebedores creció y que esta práctica se inició en el 55% de la población antes de los 17 años, el 6% desarrollo dependencia a la ingesta de alcohol, es decir 4.9 millones de personas entre los 12 y 65 años, de ellos el 10.8% corresponde a los hombre y el 1.8% a las mujeres. Lo que significa que el consumo de alcohol presenta cifras más altas en el género masculino (7 hombre por cada mujer) situación que se vuelve alarmante ya que con la creación de nuevas modas y estilos de vida se corre el riesgo de que la estadística siga en aumento.

Según la ENA 2011, en México la prevalencia de consumo es de 51.4%, en correlación, se reporta que la región centro del país integrada por los estados de Puebla, Tlaxcala, Morelos, Estado de México, Hidalgo, Querétaro y Guanajuato presentan una prevalencia de consumo por arriba de la media nacional (57%).

Las cifras anteriores muestran que es una problemática trascendental por los efectos físicos, mentales, espirituales, emocionales, familiares y sociales que causa el consumo excesivo de bebidas con alto contenido alcohólico. Producto directo del etanol sobre los receptores GABA-A, dopaminérgicos, serotoninérgicos, y del sistema glutamatérgico y opioide que desencadenan en el individuo esa (Borges, 2010) sensación típica de bienestar y de reforzamiento positivo que estimula la constante ingesta de alcohol. Debido a su importancia el presente estudio se plantea como objetivo proponer una red conceptual entre el comportamiento anterior y actual del dependiente de alcohol desde el inicio hasta su etapa de recuperación.²⁶

3.5 PROCESO DE ENFERMERÍA

Es un método de tomar decisiones sobre la asistencia al paciente basado en la solución de problemas. Es un método sistemático y racional de planificar el cuidado de enfermería individualizado. Su meta es reconocer el estado de salud del paciente, sus problemas, sus necesidades actuales o potenciales. Además de organizar actividades para satisfacer las necesidades identificadas, el proceso de enfermería es cíclico sus elementos o fases siguen un orden lógico. Son cinco fases o etapas sobre puestas de las actividades de enfermería. Cada etapa depende de la exactitud de la etapa anterior. Esta serie de pasos que lleva a cabo la enfermera(o) para planear y dar cuidado de enfermería son las siguientes:

- ✓ Valoración: fase del proceso de enfermería que define la naturaleza y los elementos pertinentes en el estado de salud del individuo, familia y comunidad con el propósito de llegar a un diagnóstico de enfermería. Consiste en recolectar, organizar, ponderar y registrar los datos sobre el

²⁶ Casique, L. M. (2015). Estudio comparativo anterior y actual del dependiente de alcohol en proceso de rehabilitación. . Revista CUIDARTE.

estado de salud del paciente. Los datos se obtienen de varias fuentes y sirven de base para las intervenciones y toma de decisiones.

- ✓ Diagnóstico: son las conclusiones a que llegó la enfermera(o) basado en su conocimiento científico a cerca de los aspectos del perfil de la salud (o sea el nivel de bienestar de los individuos). Se ordenan, reúnen y analizan los datos, se hace juicio clínico acerca de los problemas de salud del cliente. Al formular los diagnósticos de enfermería se establece si es actual, de riesgo, bienestar o posible.
 - ✓ Actual describe una respuesta a un problema que es manifestado o está presente en el momento de hacer la valoración.
 - ✓ Riesgo Según la “North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) reemplaza los problemas potenciales, por la vulnerabilidad al problema de salud. Describe la respuesta humana a una condición de salud o proceso de vida que se puede desarrollar en un individuo, familia o comunidad vulnerable.
 - ✓ Bienestar, describe respuesta humana a un nivel de bienestar en el cual un individuo, familia, o comunidad que tiene el potencial de alcanzar un nivel más alto.
 - ✓ Posible, se hace cuando no existe suficiente evidencia para la presencia de un problema, se mantiene en la mente y se elimina durante la valoración.

- ✓ Planificación: fase del proceso de enfermería en que el profesional de enfermería toma decisiones con respecto a las acciones necesarias para la solución de problemas de salud inherente a enfermería. En esta fase el profesional de enfermería conjuntamente con el paciente establecen prioridades y los objetivos para resolver los problemas detectados. Esta fase se finaliza con la elaboración del plan de cuidado.

- ✓ Intervenciones: son aquellas actividades que el profesional de enfermería lleva a cabo individualmente con el paciente, su familia y los miembros del equipo de salud para ayudar en la solución de problemas. Se ejecuta el plan de cuidados. Durante la implementación, se llevan a cabo las actividades prescritas y se delega el cuidado al personal correspondiente.
- ✓ Evaluación: fase del proceso de enfermería donde se determina el grado alcanzado de acuerdo a los objetivos. Se estima la respuesta del paciente a las intervenciones de enfermería. Se determina la extensión en la cual se han logrado los objetivos (se hace juicio crítico).
- ✓ Plan de cuidados: forma de comunicar por escrito a todo el equipo de salud los problemas del paciente, los objetivos del profesional de enfermería y las intervenciones.²⁷

IV.- METODOLOGÍA

4.1 ESTRATEGIAS DE INVESTIGACIÓN, ESTUDIO DE CASO

Estudio de caso con diseño cualitativo y enfoque fenomenológico de tipo descriptivo y longitudinal. Elección del caso por conveniencia, tomando en cuenta los criterios de inclusión, interés académico y disposición de la persona. Como instrumento de recolección de datos se emplea entrevista semiestructurada, basada en los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, entrevista motivacional, eco mapa, familiograma, valoración SAD PERSON y la escala de ansiedad de Goldberg. La fuente de información es primaria, se siguen las consideraciones éticas, la Ley General de Salud, Derechos Humanos y la norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-2014. Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

²⁷ Figueroa, G. (2010). Universidad del Sagrado corazón departamento de ciencias naturales. Programa de enfermería. Obtenido de Proceso de enfermería. http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Enfermeria_Obtettriz/19.pdf

4.2 SELECCIÓN DE CASO, FUENTES DE INFORMACIÓN.

El presente estudio de caso se realizó como parte de las prácticas del programa de especialización de enfermería en salud mental, realizadas en la delegación de Xochimilco durante el periodo 5 de octubre al 6 de noviembre de 2015. La persona fue elegida de acuerdo a la información que se obtuvo durante una primera entrevista realizada con el fin de valorar al hijo de la persona que asistió a las instalaciones de la UNAM, referida por la escuela primaria del hijo, “es que mi hijo no era así, ahora a todo mundo le pega, él es un buen niño pero no sé qué le está pasando” sic usuaria. Se realizaron tres sesiones posteriores en las instalaciones del CUEC.

En la primera y segunda cita se realizó una entrevista, aplicando algunas técnicas de la entrevista motivacional para poder valorar el estrés y formas de afrontamiento a situaciones del entorno. En la tercera cita se realizaron valoraciones, estos instrumentos de valoración se realizaron de manera directa. Valoración de los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon, escala de valoración de ansiedad de Goldberg, eco mapa, y genograma. Durante esa cita se realizó referencia a INPRF, por lo cual no se programó nueva cita.

4.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Para realizar esta investigación se brindó el consentimiento informado a la entrevistada (Anexo 1). Tras proporcionarle información sobre los objetivos de las entrevistas, además de los límites que tendrá la investigación, se le mencionó que la información proporcionada por ella será empleada con fines académicos. Posteriormente se le explicó el propósito del estudio y la metodología utilizada, garantizando el anonimato de los datos. Se omitió información como apellidos, dirección y teléfono para asegurar la confidencialidad de información. En todo momento la persona entrevistada recibió un trato digno y respetuoso, tomando en cuenta los derechos y dignidad de la persona. Las actividades realizadas fueron hechas con total profesionalismo tomando en cuenta el código de ética de enfermería el cual considera la beneficencia- no maleficencia, justicia, autonomía, valor fundamental de la vida humana, privacidad, veracidad, confiabilidad, tolerancia.

4.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS

4.4.1 CEDULA DE 11 PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

Para el desarrollo de este trabajo se utilizó la cedula de valoración de los 11 patrones funcionales de acuerdo al modelo de Marjory Gordon, la cual se adjunta al finalizar el presente trabajo. (Anexo 2)

4.4.2 APGAR FAMILIAR

Es un instrumento utilizado que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar global. Permite identificar familias con conflicto. El APGAR familiar funciona como un acróstico (Anexo3):

- ✓ Adaptación: capacidad de utilizar recursos intra y extra familiares para resolver problemas de estrés familiar o periodos de crisis.
- ✓ Participación: implicación de los miembros familiares en la toma de decisiones y en las responsabilidades relacionadas con el mantenimiento familiar.
- ✓ Gradiente de recurso personal: desarrollo de la maduración física, emocional y autorrealización que alcanzan los componentes de una familia gracias a su apoyo y asesoramiento mutuo.
- ✓ Afecto: relación de cariño que existe entre los miembros de la familia.
- ✓ Recursos: capacidad resolutive es el compromiso de dedicar tiempo a atender las necesidades físicas y emocionales de otros miembros de la familia.

4.4.3 GENOGRAMA

El genograma es una representación gráfica (en forma de árbol genealógico) de la información básica de al menos, tres generaciones de una familia. Incluye información sobre su estructura, los datos demográficos de los miembros y las relaciones que mantienen entre ellos (Anexo 2.1).

4.4.4. ECO MAPA

El eco mapa, dibuja al individuo y a la familia en su espacio de vida, representando en forma dinámica el sistema ecológico que rodea al familiar: las conexiones importantes, los límites intra sistémicos, los conflictos, los recursos, las carencias,

además de la naturaleza e intensidad de las relaciones familiares con los sistemas externos o sea en sus relaciones con el supra sistema, la sociedad y/o con otros sistemas. Utilidad, señala las interacciones de la familia y de cada uno de sus miembros con los sistemas que lo rodean en forma gráfica y resumida. Permite identificar posibles motivos de estrés o de conflicto. Sugiere recursos para movilizar en momentos de crisis. Indica si algunas personas tienen buenas relaciones con elementos externos a la familia. Indica si la familia en conjunto o alguno de sus miembros están aislados de aquellas fuentes de recreación, educación, salud, social (Anexo 2.2).

4.4.5 ESCALA DE GOLDBERG

La escala de depresión y ansiedad de Goldberg (EAGAC) fue concebida para permitir la detección de los trastornos psicopatológicos más frecuentes en atención primaria ansiedad y depresión. La prueba consta de dos sub escalas: una para la detección de ansiedad y la otra para la detección de depresión. Ambas escalas tienen 9 preguntas, pero las 5 últimas preguntas de cada escala solo se formulan si hay respuesta positiva a las 4 primeras preguntas que son obligatorias. Los criterios de valoración determinan en la sub escala de ansiedad 4 o más respuestas afirmativas y en la sub escala de depresión 2 o más respuestas afirmativas (Anexo 6).

4.4.6 ESCALA SAD PERSON

La escala de indicadores de riesgo de suicidio es hetero aplicada puntuando ausencia o presencia de riesgo suicida. Cada ítem puntúa 1 si está presente y 0 si está ausente. Teniendo de 0 a 2: bajo riesgo; de 3-4: riesgo moderado, seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso; de 5 a 6: riesgo alto, recomendado ingreso sobre todo si hay ausencia de apoyo social; de 7 a 10: ingreso obligado incluso en contra de su voluntad (Anexo 7).

4.4.7 HARS

La HARS es una escala cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Además un ítem evalúa específicamente el ánimo deprimido. Los

ítems son manifestaciones inespecíficas de ansiedad, sin haber demostrado su utilidad para la evaluación de un trastorno de ansiedad en concreto. En el caso del trastorno de ansiedad generalizada, diversos autores prefieren utilizar como criterio de respuesta el cambio en las puntuaciones en los 2 primeros ítems (humor ansioso y tensión) que la puntuación total, ya que los 12 ítems restantes no representan adecuadamente al trastorno de ansiedad generalizada. El marco de referencia temporal son los últimos días (al menos los 3 últimos) en todos los ítems, excepto el último, en el que se valora la conducta del sujeto durante la entrevista (Anexo 6).

V.- PRESENTACIÓN DEL CASO

5.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

El presente caso fue ubicado en un centro comunitario público ubicado en la delegación Xochimilco. La persona entrevistada es una mujer de 47 años de edad, quien refiere presentar tristeza la mayor parte del día y de la semana, menciona que esto sucedió posterior a la pérdida de esposo hace tres años (quien muere por complicaciones de diabetes mellitus tipo 2) además de la pérdida de madre hace 5 años (muere por complicación de diabetes mellitus tipo 2), menciona que han sido pérdidas que no ha podido superar pues eran personas muy significativas para ella. En el momento de la entrevista refiere perder la esperanza sobre el futuro, tuvo un intento de suicidio hace tres meses al tomar 15 pastillas de metformina, refiere que las tomó cuando no había nadie en casa y posterior a tomarlas su hija la encontró en casa y la llevo al hospital en donde estuvo tres días, fue dada de alta sin tratamiento psiquiátrico, posterior a ese intento refiere que ya no ha pensado en el suicidio pues piensa en lo que pasará con sus hijos por lo cual no le gustaría hacerles daño y no lo hace. Refiere que hace seis meses dejó el consumo de alcohol de manera repentina sin un acontecimiento que lo ocasionara, refiere que hay momentos en que lo volverá a consumir en cualquier momento. El patrón de consumo en cantidad: “dos botellas de 1 litro y medio, llegando a la embriaguez”, tipo “cerveza y tequila”, frecuencia “diario a veces descansaba uno o dos días y luego volvía a empezar”. Durante la valoración se mostró un tanto ambivalente pues por un lado quisiera consumir pero por el otro recuerda el daño que le ocasiona

a sus hijos sobre todo para el menor pues ella solía golpearlo porque el alcohol la hacía perder el control.

5.2 ANTECEDENTES GENERALES DE LA PERSONA

Mujer de 47 años, en este momento no consume alcohol, niega fumar, y uso de sustancias tóxicas. Número de gestas 3, partos 3, cesáreas 0, abortos 0, anticonceptivos no valorado.

Antecedentes de la enfermedad actual: indica que desde hace 3 años siente que la vida no vale nada, menciona que ha perdido las esperanzas acerca del futuro, además de sentir tristeza la mayor parte del día, lo cual ha ocasionado que pierda las relaciones familiares con hermanas, hijos, amigas, e incluso perdió el interés por salir a la calle ya que permanece la mayor parte del tiempo en casa, no cuenta con actividades recreativas o deportivas. Refiere que en ocasiones pierde el control llegando a golpear a su hijo de 9 años, señala que hace seis meses dejó de beber alcohol de manera repentina, pero piensa que cualquier cosa que la haga sentir mal volverá a tomar, se nota ambivalente considerando que no quiere volver a tomar porque descuida mucho a sus hijos pero cree que en cualquier momento puede hacerlo.

Antecedentes heredofamiliares: madre con diabetes mellitus fallecida por complicación de la enfermedad, hermana con enfermedad mental de acuerdo a la persona refiere desconocer la enfermedad, pero informa que la hermana estuvo ingresada en INPRFM (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz) durante 15 días, con tratamiento farmacológico.

Antecedentes personales no patológicos: habita en casa propia con hijo menor (9 años), hijo de 17 años. Su casa es construida con concreto, indica contar con todos los servicios como luz, agua potable (señala que en ocasiones padecen de la misma teniendo solo dos o tres veces a la semana), niega tener animales domésticos, la persona refiere llegar a 3° grado de primaria posteriormente trabajó en la realización de tareas domésticas, después continuó trabajando la tostada artesanal participando en el procesamiento y venta de la misma, ahora comenta no tener un

trabajo estable y se mantiene de la venta de tostada no teniendo salario definido. Niega participar en apoyos sociales del gobierno del Distrito Federal.

Antecedentes patológicos: refiere tiempo de evolución de 3 años de enfermedad de diabetes mellitus tipo 2, refiere control terapéutico con médico particular siguiendo el esquema de metformina de 850 mg $\frac{1}{2}$ por la mañana y $\frac{1}{2}$ por la tarde, indica consumo de alcohol, edad de inicio a los 16 años, señala que hace tres años tomaba a razón de 2-3 cervezas, 1 vez a la semana sin embargo señala que después de la muerte de su esposo aumento el consumo de alcohol con una frecuencia de 4-5 vez por semana, tomando 2 botellas de cerveza de litro y medio o tomaba tequila sin indicar cantidad pero refiere llegar a estado de embriaguez.

Examen mental: usuaria de edad aparentemente similar a la cronológica, actitud cooperadora, mantiene poco contacto visual durante la entrevista, posición libremente elegida por parte de la persona, orientada en tiempo, persona, espacio y circunstancia, lenguaje coherente, congruente, adecuado en tono, cantidad, discurso fluido, curso lineal. Estado afectivo hipotímico, hipo activo, atención y comprensión adecuada, memoria reciente y remota conservada.

5.2.1 HISTORIA DE VIDA

Nacimiento: 23 de septiembre de 1968.

Niñez: proviene de familia nuclear, es la novena de 11 hijos, desarrollo biopsicosocial a cargo de hermana mayor. Primaria incompleta, hasta el tercer grado de primaria debido a problemas económicos en casa.

Adolescencia: menarca a los 13 años, IVSA (Inicio de Vida Sexual Activa) a los 17 años, inicia vida laboral a los 15 años, refiere que consumía alcohol iniciando a los 16 años tomando de 3 a 4 copas una vez por semana, dejándolo hace seis meses sin referir un evento que lo propiciara. Refiere que en esta época hubo violencia intrafamiliar por parte del padre quien abusaba del alcohol menciona que diario el padre llegaba en estado de embriaguez agrediendo a madre y hermana mayor. Hay una relación estrecha con hermana mayor quien es la que cuidaba de M.C.R.

Adulthood: there is a relationship of free union until 20 years, from this relationship her first daughter is born. Two years later they separate, she lives for a time in her mother's house, 4 years later she has a marriage with a man with whom she has 2 more children. In 2010 her mother (M.C.R.) dies and during that time until the interview, 4 siblings died (among them her sister who cared for her in childhood, the death of her sister was due to a myocardial infarction), her father died (cause of death unknown), her husband (M.C.R.) died (due to complications of type 2 diabetes mellitus, in 2013).

Currently: she lives in her own home with her 9-year-old son and her 17-year-old son, she has economic instability, she is in an ambivalent state regarding alcohol consumption, she has mood alterations (anhedonia, abulia, asthenia, sadness, emotional lability). There is also intrafamily violence on her part towards her younger son. She has a dating relationship that began in April 2015, this person supports her economically to maintain her home.

VI.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

6.1 VALORACIÓN

Client is 47 years old, a merchant, performs household work, reports a medical diagnosis of type 2 diabetes mellitus with 3 years of evolution, reports glucose levels (150mg/dl) controlled with medication (metformin, 1/2-1/2-0), adequate coloration, moist oral mucosae, use of bifocal lenses, reports lumbago (EVA 2) pain that persists in the morning and disappears as the day progresses. Decreased activity reports asthenia²⁸, abulia²⁹. Person oriented in time, space and circumstance.

²⁸ La astenia es caracterizada por una sensación generalizada de cansancio, fatiga, debilidad física y psíquica; con principal incidencia entre las personas de 20 a 50 años, y mayor preponderancia en las mujeres que en los hombres.

²⁹ La abulia se refiere a la falta de voluntad o iniciativa y de energía. La abulia está en el medio del espectro de los trastornos de la motivación disminuida, como la apatía, siendo menos extrema, y el mutismo acinético, que es más grave que la abulia.

6.1.1 VALORACIÓN FOCALIZADA.

Patrón funcional	Valoración focalizada
1.- <i>Percepción manejo de la salud</i>	Percibe su salud como mala, ya que ha sentido dolores musculares de espalda constantes desde hace tiempo, menciona que el consumo de alcohol es una enfermedad que tuvo anteriormente y no quiere volver a padecer, además que en relación a enfermedad de diabetes mellitus mantiene su tratamiento médico, asiste a citas en tiempo adecuado, por no querer sufrir consecuencias de la enfermedad como ocurrió con su esposo.
2.- <i>Nutricional metabólico</i>	Pesa 85 kilogramos y mide 1.55, IMC 35.4. Presenta obesidad tipo II, menciona que en ocasiones no tiene oportunidad de seguir dieta indicada debido a falta de recursos económicos.
3.- <i>Eliminación</i>	Niega diarrea o estreñimiento. Refiere nicturia en ocasiones y cuando se presenta son 2 o 3 las ocasiones que tiene que ir al baño, refiere no contar con disuria.
4.- <i>Actividad ejercicio.</i>	Niega salir de casa, solo cuando es muy necesario, refiere ir a dejar a su hijo a la escuela y recogerlo, menciona sentirse cansada al salir a caminar con su pareja por eso se niega a acompañarlo.
5.- <i>Sueño y descanso</i>	Menciona que debido a las veces que va al baño en las noches no puede dormir posterior a eso, además refiere en ocasiones insomnio y tardar de 1 a dos horas para dormir, menciona que durante el día hay sensación de cansancio y tiene la necesidad de dormir, hace una siesta de una hora.
6.- <i>Cognitivo perceptual.</i>	Orientada en tiempo y espacio, memoria conservada, sin alteraciones senso-perceptivas, lenguaje coherente y fluido, uso de lentes bifocales por disminución de agudeza visual, menciona no continuar con el oftalmólogo porque considera que no es necesario.
7.- <i>Autopercepción auto concepto.</i>	No identifica virtudes como persona. Presenta sentimientos de desesperanza, anhedonia ³⁰ . Desde la muerte de su esposo presenta tristeza y pocas ganas de continuar con su vida, presenta sentimientos de culpa y minusvalía.

³⁰ Falta de disfrute, participación o energía para las experiencias de la vida; déficits en la capacidad de sentir placer y tener interés en las cosas. La anhedonia es una faceta del dominio de rasgos de la personalidad del desapego.

8.- <i>Rol relaciones</i>	8 puntos Escala de Golberg. Actualmente cuenta con relación de noviazgo, lo cual ocasiona conflictos en la relación con sus hijos. Económicamente apoyada por su pareja. Relación violenta con hijo menor. Aislamiento social. Sin pertenencia a grupos de recreación.
9.- <i>Sexualidad y reproducción</i>	Menciona que se siente muy bien estando con su pareja, pero no puede vivir con él debido a la idea que tiene ella con respecto a lo que piensa su hijo mayor.
10.- <i>Adaptación y tolerancia al estrés</i>	Duelos no resueltos por pérdidas consecutivas sin la capacidad de sentirse mejor durante este tiempo. Ante situaciones estresantes presenta impulsividad, violencia, poca tolerancia a la frustración. Intento suicida no consumado hace 3 meses: tomo 15 pastillas con la intención de perder la vida. Refiere no tener ganas de vivir, no encuentra significado a su vida.
11.- <i>Valores y creencias</i>	Señala practicar la religión católica, menciona que cada domingo asiste a misa.

6.1.2 ANÁLISIS DE ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

No se valora. Se toma en cuenta valor de glicemia capilar realizado por el centro de atención comunitaria con valor de 155mg/dl.

6.1.3 IDENTIFICACION DE PROBLEMAS

1.- Patrón 4 Actividad ejercicio:

Fatiga relacionado con depresión, estrés, manifestado por desinterés por el entorno, aumento de las quejas físicas, falta de energía, cansancio, verbalización de una falta de energía abrumadora “me siento muy cansada al despertar, sin energía” sic usuario.

Intolerancia a la actividad relacionado con debilidad generalizada, manifestado por, informes verbales de fatiga “me despierto muy cansada sin ganas de hacer nada” sic usuaria.

2.- Patrón 6 Cognitivo- perceptual:

Deterioro de la comunicación verbal relacionado con alteración de la autoestima, condiciones emocionales, manifestado por dificultad para formar frases.

Conflicto de decisiones relacionado con percepción de amenaza al sistema de valores personales manifestado por cuestionamiento de las creencias mientras se intenta tomar una decisión, vacilación en las elecciones, verbalización e incertidumbre sobre las elecciones.

3.- Patrón 7 Autopercepción- auto concepto:

Desesperanza relacionado con pérdida de la fe en los valores trascendentales manifestado por disminución de las emociones, pasividad, trastornos del patrón del sueño, claves verbales “no se” “no quiero saber ya nada” sic. Usuaría.

Baja autoestima crónica relacionado con inadaptación ineficaz a una pérdida, manifestado por evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos, expresiones de vergüenza, indecisión para probar situaciones nuevas, conducta indecisa, conducta no asertiva, pasividad.

4.- Patrón 8 Rol - relaciones:

Conflicto del rol parental relacionado con cambios de estado marital (muere cónyuge), manifestado por ansiedad, verbalización de sentimientos de frustración “a veces quiero hasta ahorcar a mi hijo” sic. Usuario.

Deterioro de la interacción social relacionado con trastornos de auto concepto, disonancia sociocultural manifestado por interacción disfuncional con los demás, incapacidad para comunicar y recibir una sensación satisfactoria de implicación social.

5.- Patrón 10 Adaptación – tolerancia al estrés

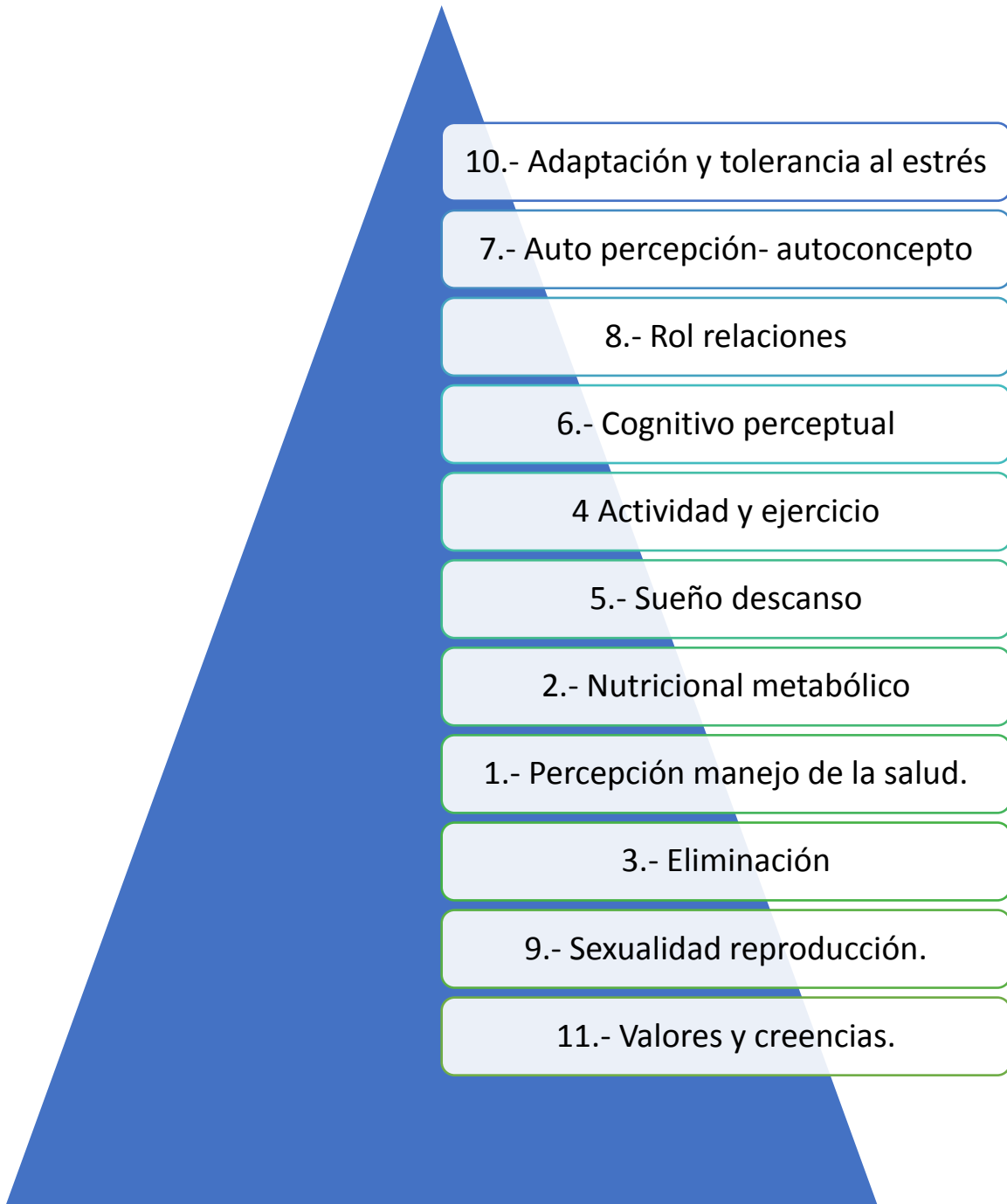
Aflicción crónica, relacionado con muerte de seres queridos, manifestado por expresar sentimientos negativos, frustración desesperanza, expresa sentimientos de tristeza.

Afrontamiento ineficaz, relacionado con trastorno en los patrones de liberación de la tensión, manifestado por reducción en el uso de apoyo social, incapacidad para satisfacer las expectativas del rol, falta de conducta dirigida al logro de objetivos, trastornos del sueño, expresión de la incapacidad para pedir ayuda.

Duelo complicado relacionado con muerte consecutiva de personas significativas, manifestado por reducción de la sensación de bienestar, depresión, verbalización de sentirse vacío “no tengo interés en nada” sic usuario.

Riesgo de suicidio relacionado con historia de intentos previos de suicidio “hace 3 meses aproximadamente tome 15 pastillas para el azúcar” sic usuaria, impulsividad, abuso del alcohol, inestabilidad económica, desesperanza.

6.1.4 JERARQUIZACION DE PATRONES FUNCIONALES



6.2 PROBLEMAS INTERDEPENDIENTES

6.2.1 Problema interdependiente: alteración de la nutrición por exceso manifestado por índice de masa corporal 35.4 obesidad tipo II.		
6.2.2 Objetivo de enfermería: Empoderar a la usuaria sobre la importancia de disminuir IMC.		
6.2.3 Objetivo de usuaria: “Bajar de peso” sic usuaria.		
6.2.4 acciones de enfermería independientes	6.2.5 Fundamentación	6.2.6 Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Asesoramiento nutricional 	Los hábitos nutricionales adecuados constituyen un elemento fundamental para el desarrollo físico y mental del individuo (Lopez, 2015).	La usuaria mostro interés en técnicas y medios para bajar de peso.
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar problemas físicos que pueden relacionarse con el sobrepeso. 	El sobrepeso es un factor importante para padecer múltiples enfermedades o complicaciones de enfermedades como la diabetes mellitus tipo 2. La diabetes mellitus es uno de los problemas sanitarios de mayor trascendencia requiriendo cambios de estilo de vida de las personas que la padecen (R. Pool, 2015)	La usuaria lleva un control médico, refiriendo adherencia al tratamiento farmacológico.

6.2.1 Diagnóstico: Duelo complicado, relacionado con pérdidas significativas, manifestado por reducción de la sensación de bienestar, depresión, verbalización de sentirse vacío “no tengo interés en nada” sic usuario.		
6.2.2 Objetivo de enfermería: Favorecer el proceso de duelo siguiendo las expectativas normales de las etapas del proceso.		
6.2.3 objetivo de usuaria: “quiero sentirme mejor” sic usuaria.		
6.2.4 acciones de enfermería independientes	6.2.5 Fundamentación	6.2.6 Evaluación
<p>Facilitar el duelo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar la pérdida. ✓ Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida. ✓ Escuchar la expresión del duelo. ✓ Escuchar la expresión de pérdidas anteriores. ✓ Animar a que el usuario exprese verbalmente los recuerdos de la pérdida. 	<p>La enfermería, como actor principal de los cuidados, debe cobrar protagonismo en la atención al proceso del duelo. Un importante reto de futuro inmediato es consolidar nuestra atención en la esfera psicosocial del individuo, desplazada a un claro segundo plano por la dimensión biológica. La validación de herramientas eficaces de valoración enfocadas a detectar estos problemas, ha de considerarse fundamental, criterio llave de expansión de una ciencia en crecimiento (Meza, 2008).</p>	<p>La usuaria favorece el proceso de duelo mediante la expresión de sentimientos y emociones y conoce estrategias para facilitar el proceso de duelo.</p>
<p>Dar esperanza:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar afirmaciones enfáticas acerca del duelo. ✓ Ayudar al usuario a identificar áreas de esperanza de la vida. ✓ Informar al usuario acerca de la situación actual de su estado pero además informarle que es temporal. ✓ Ampliar los mecanismos de resolución de problemas del usuario. ✓ Ayudar a expandir su espiritualidad. ✓ Implicar al usuario activamente en sus propios cuidados. 	<p>Las personas deprimidas suelen fijarse únicamente en los aspectos negativos de la vida y pasan de largo los positivos, es posible que rechacen las ofertas que se les presenten para resolver su problema pensando que no hay solución posible ante la depresión y las ideas suicidas, que de ella derivan puede resultar eficaz una terapia que ayude a recuperar el control y la esperanza (Kübler-Ross, 2011).</p>	

6.3 PLANEACIÓN DE LOS CUIDADOS

6.3.1 Diagnóstico: Afrontamiento individual ineficaz R/C depresión mayor M/P intento suicida no consumado.		
6.3.2 Objetivo de la persona: “quiero sentirme mejor” sic. usuaria		
6.3.3 <i>Objetivo de enfermería: Guiar al usuario al reconocimiento e identificación de los recursos de afrontamiento internos y externos con los que cuenta.</i>		
6.3.4 Intervención /actividades	6.3.5 Fundamentación	6.3.6 Evaluación
<p>Aumentar el afrontamiento mediante la entrevista motivacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Contacto psicológico. ✓ Entrevista en un ambiente adecuado. ✓ Reconocimiento de sus fortalezas. 	<p>Proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que se le plantean en su acontecer vital, y restablecer el equilibrio, es decir, para adaptarse a la nueva situación.³¹</p>	<p>Se realiza control de crisis en la usuaria.</p>
<p>Reconocimiento de redes de apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se le brinda información textual e impresa acerca de referencia a consulta de psiquiatría en el INPRFM. ✓ Apoyar a que reconozca su sentido de pertenencia al núcleo familiar. ✓ Animar al aumento de actividades sociales y comunitarias. 	<p>Las redes de apoyo son un mediador que facilita la seguridad de la persona al pensar que dispone de recursos a quienes acudir en caso de necesitar ayuda o soporte.³²</p>	<p>La usuaria identifica las redes de apoyo sociales, individuales y familiares, para el fortalecimiento del auto cuidado.</p>
<p>Educación para la salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Brindar información a la usuaria a través de taller psicoeducativo (Prevención de depresión y suicidio). ✓ Enseñar técnicas de relajación (contracción muscular progresiva). 	<p>Salud mental: Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.³³</p>	<p>La usuaria identifica conocimientos que le favorecen y permiten el empoderamiento.</p>

³¹ Gerard. Op. Cit.

³² Rodríguez. Op. Cit.

³³ OMS. (18 de Junio de 2013). Salud mental un estado de bienestar. . Obtenido de OMS: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

6.3.1 Diagnóstico de enfermería: Riesgo de suicidio relacionado con historia de intentos previos de suicidio “hace 3 meses aproximadamente tome 15 pastillas para el azúcar”, impulsividad, abuso del alcohol, inestabilidad económica, desesperanza.		
6.3.2 <i>Objetivo de persona: “quiero estar bien por mis hijos” sic usuaria.</i>		
6.3.3 <i>Objetivo de enfermería: Contribuir a la disminución de riesgo de atentar contra la propia vida.</i>		
6.3.4 Intervención /actividades	6.3.5 Fundamentación	6.3.6 Evaluación
<p>Autocontrol de impulso de suicidio.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Entrenamiento para control de impulsos ✓ Ayudar al paciente a identificar el problema que requiera una atención inmediata. ✓ Enseñar al paciente a detenerse y pensar antes de comportarse impulsivamente. 	<p>El control de los impulsos nos permite vivir en sociedad, cumplir leyes y respetarnos los unos a los otros, por lo que una alteración en el manejo de los mismos nos perjudica a nivel personal y dificulta nuestras relaciones sociales. Las personas que tienen dificultades para controlar sus impulsos se ven incapaces de resistirse a un impulso, un deseo o la tentación de llevar a cabo un acto que los puede perjudicar a ellos personalmente o a otras personas. La regulación emocional comprende aquellos “procesos externos e internos responsables de monitorizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas”. Estos procesos, no sólo nos permiten volver a nuestro estado de ánimo previo con mayor o menor celeridad, sino que además, parecen estar involucrados en la aparición y mantenimiento de diferentes problemas físicos y psicológicos.³⁴</p>	<p>La usuaria determina acciones para el control de impulsividad conociendo factores que alteran y que previenen la impulsividad; la persona determina un plan de acción a partir de ese momento para su autocuidado.</p>
<p>Manejo de la conducta de autolesión</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Determinar el motivo y razones de la conducta “es el fin de todo” sic usuario. ✓ Mencionar la importancia de mantenerse en constante vigilancia de alguien. ✓ Anticiparse a las situaciones o emociones desencadenantes que 	<p>Entre los factores de riesgo en el adulto es necesario mencionar en un lugar preferencial el alcoholismo. En este período de la vida adquiere categoría de enfermedad lo que hasta entonces fue una costumbre socialmente aceptable, pero con la reiteración del tóxico, se convirtió en un consumo perjudicial y/o un hábito propiamente dicho.</p>	<p>La usuaria logra un control de la conducta de autolesión, durante las citas a las que asistió.</p>

³⁴ Hervas, G. (Septiembre de 2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. Obtenido de SCIELO : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000200001

<p>pueden provocar la autolesión</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tratar a la persona de manera serena y no punitiva. ✓ Para prevenir el intento y el suicidio consumado, es primordial conocer los factores de riesgo, que son aquellos que los predisponen. ✓ Referir al INPRFM, mencionando de manera verbal la importancia de la valoración para determinar tratamiento. 		
<p>Prevención del consumo de sustancias nocivas</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dar a conocer las consecuencias nocivas del consumo de sustancias. 	<p>Salud mental: Estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.³⁵</p>	

³⁵ OMS. Op. Cit.

6.3.1 Diagnóstico de enfermería: Baja autoestima crónica, relacionado con inadaptación ineficaz a una pérdida, manifestado por evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos, expresiones de vergüenza, indecisión para probar situaciones nuevas, conducta indecisa, conducta no asertiva, pasividad.

6.3.2 Objetivo de usuaria: “Mejorar mi autoestima” sic usuaria.

6.3.3 Objetivo: Contribuir al aumento de la autoestima de la persona, favoreciendo el auto concepto con sentimientos positivos hacia sí mismo.

6.3.4 Intervención /actividades	6.3.5 Fundamentación	6.3.6 Evaluación
<p>Apoyo emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Comentar experiencia emocional de los pacientes. ✓ Explorar la causa de la emoción. ✓ Realizar afirmaciones empáticas de apoyo. ✓ Abrazar al usuario, para proporcionarle apoyo. ✓ Ayudar al paciente a identificar sentimientos como ansiedad, tristeza e ira. ✓ Animar a que exprese dichos sentimientos. ✓ Escuchar las expresiones. ✓ Favorecer la conversación, llanto, como medio para disminuir ansiedad. Remitir a servicios de asesoramiento. 	<p>El apoyo emocional nos permite entrar en contacto con las emociones básicas que nos definen como personas proporcionales seguridad, aceptación y animo en momentos de tensión, la tonalidad de los sentimientos, (agradable o desagradable) es un factor importante a la hora de predecir la vulnerabilidad de la persona ante la demanda de estrés, y los recursos y estrategias que utilizara para afrontarlos.³⁶</p>	<p>La persona se reconoce a sí misma, identificando virtudes, conoce que es la autoestima además de acciones para fortalecer su autoestima.</p>

³⁶ Hernández, A. M. (2009). Más allá de la rehabilitación psicosocial. Salud mental, 1-12.

6.3.1 Diagnóstico de enfermería: Desesperanza, relacionado con pérdida de la fe en los valores trascendentales manifestado por disminución de las emociones, pasividad, trastornos del patrón del sueño, claves verbales “no se” “no quiero saber ya nada” sic. Usuario.		
6.3.2 <i>Objetivo de usuaria: “sentirme bien” sic usuaria.</i>		
6.3.3 <i>Objetivo de enfermería: Favorecer el estado subjetivo que la persona para movilizar la energía en provecho de la misma persona</i>		
6.3.4 Intervención /actividades	6.3.5 Fundamentación	6.3.6 Evaluación
<p>Prevención de consumo de sustancias nocivas. Preparar al paciente para sucesos difíciles. Disminuir el aislamiento social. Fomentar la toma de decisiones responsable acerca de la elección del propio estilo de vida. Ayudar al paciente a identificar estrategias sustitutorias para reducir tensión.</p>	<p>Entre los factores de riesgo en el adulto es necesario mencionar en un lugar preferencial el alcoholismo. En este período de la vida adquiere categoría de enfermedad lo que hasta entonces fue una costumbre socialmente aceptable, pero con la reiteración del tóxico, se convirtió en un consumo perjudicial y/o un hábito propiamente dicho.³⁷</p>	<p>Se favorece en la usuaria el empoderamiento y conductas que favorecen un estilo de vida saludable.</p>
<p>Manejo de emociones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aceptar si el enfado y resentimiento son justificables. ✓ Identificar la fuente de culpabilidad y resentimiento. ✓ Escuchar sin moralizar. ✓ Ayudar al paciente a explorar sus sentimientos sobre ira, odio, resentimiento. ✓ Utilizar la empatía para facilitar el proceso. 	<p>El perdón es una respuesta, la respuesta implícita en nuestra existencia». El perdón es el medio para reparar lo que está roto. Coge nuestro corazón roto y lo repara. Coge nuestro corazón atrapado y lo libera. Coge nuestro corazón manchado por la vergüenza y la culpa y lo devuelve a su estado inmaculado. El perdón restablece en nuestro corazón la inocencia que conocimos en otro tiempo, una inocencia que nos permitía la libertad de amar.³⁸</p>	<p>Se fomentaron conductas que faciliten el perdón para que la usuaria disminuyera ansiedad.</p>

³⁷ Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2013). Enfermería Psiquiátrica. Planes de cuidados. . México: Manual Moderno.

³⁸ Rodríguez, D. N. (1991). Terapia familiar con técnicas vivenciales. México: 1° edición.

<p>Mejorar la autoconfianza:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Explorar la percepción individual de su capacidad de desarrollar la conducta deseada. ✓ Explorar percepción individual de los beneficios de ejecutar la conducta deseada. ✓ Identificar obstáculos al cambio de conducta. ✓ Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción. ✓ Observar las frases del usuario sobre la propia valía. ✓ Determinar la confianza del paciente en sus propios juicios. ✓ Animar a identificar propias virtudes. ✓ Fomentar el contacto visual, con los demás. ✓ Reafirmar las virtudes identificadas por el usuario. 	<p>Una autoestima saludable supone enfrentarse a la vida con seguridad y confianza respondiendo a nuestros sentimientos y deseos de forma sincera,, de forma adaptativa en el contexto sociocultural, en el que nos desenvolvemos, cuanto mayor sea esta adaptación mayor sea la calidad de vida de las personas. Lo que pensamos sobre nosotros mismos a menudo se convierte en realidad. De manera que con nuestros pensamientos creamos también nuestras experiencias. Por ello el objetivo centra en detectar las ideas irracionales y demostrarlas haciéndolas más adaptativas y saludables. ³⁹</p>	<p>Se observa que la usuaria mejora autoconfianza durante la sesiones. Reconociendo que es un elemento importante para su autoestima.</p>
--	---	---

³⁹ Casarjian, R. (2010). Perdón. Obtenido de <http://www.cuantona.com/libro/Perdonar%20.pdf>

6.3.1 Diagnóstico de enfermería: Aflicción crónica, relacionado con muerte de seres queridos, manifestado por expresar sentimientos negativos frustración desesperanza, expresa sentimientos de tristeza.

6.3.2 *objetivo de usuaria: “quiero estar bien por mis hijos” sic usuaria.*

6.3.3 **Objetivo de enfermería: Favorecer el afrontamiento eficaz para permitir el aumento de las potencialidades de la persona.**

6.3.4 Intervención /actividades	6.3.5 Fundamentación	6.3.6 Evaluación
<p>Apoyo espiritual</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilizar comunicación terapéutica para establecer confianza, y demostrar empatía. ✓ Animar al usuario a valorar eventos pasados y como contribuyen al crecimiento espiritual. ✓ Animar a la interacción con miembros de la familia o amigos. ✓ Estar abierta a las expresiones de preocupación por el usuario. ✓ Alentar la asistencia a servicios religiosos 	<p>El cambio de emociones negativas o positivas genera entre otros aspectos mayor nivel de bienestar psicológico y aporta resultados terapéuticos más eficaces. Las emociones positivas son factores que contribuyen a hacer más resistente a la persona frente a la adversidad y ayudan a construir resiliencia psicológica. ⁴⁰</p>	<p>La persona reconoce elementos y estrategias que le permiten un afrontamiento eficaz de la situación.</p>

⁴⁰ Cuadra, A., Veloso, C., Moya, Y., Reyes, L., & Vilca, J. (2010). Efecto de un programa de psicología positiva e inteligencia emocional sobre la satisfacción laboral y vital. . Revista salud & sociedad., 101-112.

6.3.1 Diagnóstico de enfermería: Conflicto del rol parental relacionado con cambios de estado marital (muere cónyuge), manifestado por ansiedad, verbalización de sentimientos de frustración “a veces quiero hasta ahorcar a mi hijo” sic. Usuaría.

6.3.2 *objetivo de usuaria: ya no quiero ser así con mis hijos” sic usuaria.*

6.3.3 Objetivo: Favorecer el mantenimiento y modulación de conductas sociales esperadas y conexión emocional con otras personas.

6.3.4 Intervención /actividades	6.3.5 Fundamentación	6.3.6 Evaluación
<p>Potenciación de roles:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ayudar a identificar al usuario los diferentes papeles en la vida. ✓ Ayudar a identificar al usuario los roles habituales en la familia. ✓ Identificar los periodos de transición en la familia. ✓ Identificar conductas necesarias para el desarrollo de roles. ✓ Facilitar en el usuario la oportunidad de que practique el rol con nuevas conductas. ✓ Apoyar al usuario a que identifique las conductas que debe tener una madre. 	<p>La familia, desde el punto de vista sociológico, constatamos que su primera uniformidad es la de constituir un grupo social. Tiene como finalidad asumir una doble responsabilidad: acoger, cuidar, proteger al nuevo ser y, al mismo tiempo, facilitar su proceso de incorporación a la sociedad. Tiene la compleja tarea de armonizar permanentemente la satisfacción de sus necesidades biológicas, afectivas, materiales, espirituales y sociales, y la de estimular constantemente sus potencialidades para alcanzar el pleno desarrollo de todas ellas. La familia como centro del sistema social, consciente o intuitivamente, capta la importancia de su rol social, sintiéndose presionada constantemente para dar satisfacción a las necesidades de sus miembros, al mismo tiempo percibe el control social que la obliga a una adecuación permanente en los estilos de vida que imponen los cambios sociales, todo lo cual le provoca una situación de tensión que genera conflicto.⁴¹</p>	<p>La persona reconoce la importancia del rol parental dentro de la familia además de un cambio de conducta que la persona se compromete a cumplir.</p>

⁴¹ Osorio, M. (2010). Ciclo vital y roles familiares. Obtenido de <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/sociologia/articulos/04/0406-OsorioL.pdf>

6.3.1 Diagnóstico de enfermería: Fatiga relacionado con estrés, manifestado por desinterés por el entorno, verbalización de una falta de energía abrumadora “me siento muy cansada al despertar, sin energía” sic usuario.		
6.3.2 objetivo de usuaria: “quiero salir con mi hijo, no lo hago porque me siento muy cansada” sic usuaria		
6.3.3 Objetivo: Contribuir al aumento de energía permitiendo mayor capacidad de desarrollo de la persona y de sus capacidades.		
6.3.4 Intervención /actividades	6.3.5 Fundamentación	6.3.6 Evaluación
Fomento del ejercicio: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Valorar las ideas del individuo sobre el efecto del ejercicio físico en la salud. ✓ Explorar las barreras para el ejercicio. ✓ Ayudar a identificar un modelo positivo para el mantenimiento de un programa de ejercicios. ✓ Informar sobre los efectos psicológicos del ejercicio. ✓ 	La importancia del ejercicio radica en el hecho de que es una de las mejores maneras de poner en movimiento al organismo, gastando las energías que se acumulan debido al consumo de productos grasos y estimulando el funcionamiento adecuado de todos sus órganos y tejidos. Además, como si fuera poco, se considera que el ejercicio no sólo contribuye a llevar una vida saludable a nivel físico sino también a nivel emocional y mental por elevar los niveles de autoestima, de actitud positiva hacia la vida y de hacer que la persona se sienta con más energía en su rutina cotidiana.	La mujer se compromete a realizar actividades fuera de su hogar que le permitan contribuir a su energía física psicológica y social,
Manejo de energía: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Animar a la verbalización de los sentimientos de limitaciones. ✓ Determinar la percepción de la causa de fatiga, por parte del usuario. ✓ Animar a realizar ejercicios aeróbicos, según tolerancia. ✓ Enseñar sobre la organización de actividades y gestión de tiempo para evitar la fatiga. ✓ Ayudar al paciente a priorizar las 	El manejo de la Energía. Muchas nos ayuda para convertirnos en individuos más eficientes El manejo del tiempo y el manejo de la energía deben desarrollarse conjuntamente. Si deseas saber más sobre el manejo del tiempo. ⁴²	

⁴² S., A. (1982). Enfermería de salud mental comunitaria y práctica. Colombia: Organización Panamericana de la Salud.

<p>actividades para acomodar los niveles de energía.</p> <p>✓ Ayudar al paciente a establecer metas realistas de actividades.</p>		
---	--	--

6.3.1 Diagnóstico de enfermería: Conflicto de decisiones relacionado con percepción de amenaza al sistema de valores personales manifestado por cuestionamiento de las creencias mientras se intenta tomar una decisión, vacilación en las elecciones, verbalización e incertidumbre sobre las elecciones.

6.3.2 objetivo de usuaria: *no quiero ser grosera con ellos” sic usuaria.*

6.3.3 Objetivo: **Contribuir a la toma de decisiones de la persona, de manera independiente.**

6.3.4 Intervención /actividades	6.3.5 Fundamentación	6.3.6 Evaluación
<p>Entrenamiento de la asertividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar las barreras a la afirmación. ✓ Diferenciar entre conducta afirmativa agresiva, y agresiva- pasiva. ✓ Ayudar a clarificar las áreas de problemas en las relaciones interpersonales. ✓ Promover la expresión de pensamientos y sentimientos negativos y positivos. ✓ Instruir al usuario en las distintas formas de actuar afirmativamente. ✓ 	<p>La asertividad nos garantiza mejores relaciones aumenta nuestras probabilidades de éxito en la vida y es un sello que identifica a los emprendedores exitosos y a los ganadores.</p> <p>La asertividad es el conjunto de cualidades y habilidades que te capacitan para expresar tus propios criterios, defender tus derechos y proclamar tu autenticidad respetando los derechos ajenos y sin inhibirnos nosotros mismos.⁴³</p>	<p>La persona identifica que es la asertividad y que acciones puede realizar para mejorar su asertividad.</p>
<p>Facilitar la autorresponsabilidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Considerar responsable al paciente de sus propias conductas. ✓ Discutir con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual. ✓ Determinar si el paciente tiene conocimientos 	<p>Las personas que gozan de una alta autoestima tienen una orientación hacia la vida activa y no pasiva. Asumen plena responsabilidad en cuanto a la realización de sus deseos. No esperan que otros hagan realidad sus sueños, pero en esto cabe también la autorresponsabilidad ante la salud.⁴⁴</p>	

⁴³ Schultz, J. M., & Videbeck, S. L. (2013). Enfermería Psiquiátrica. Planes de cuidados. . México: Manual Moderno.

⁴⁴ Ibid.

<p>adecuados acerca del estado de los cuidados de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad. ✓ Animar al paciente a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible. 		
<p>Manejo de la conducta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hacer que el paciente se sienta responsable de su comportamiento. ✓ Comunicar la esperanza de que el usuario mantendrá el control. ✓ Establecer hábitos. Que beneficien su estado de ánimo. ✓ Alabar los esfuerzos de autocontrol. 	<p>Nuestra conducta son el reflejo de lo que está pasando con nosotros como seres vivos, así como del grado de madurez que hemos alcanzado en el transcurrir de la vida, de ahí que para mejorar nuestro bienestar sea necesario prestarle un poco de atención a nuestras conductas y entender.⁴⁵</p>	

⁴⁵ Ibid.

VII.- PLAN DE ALTA

Actividades Plan de alta	Recomendaciones
Dieta	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de alimentos bajo en sal y azúcar. • Alimentación 5 veces al día (desayuno, colación, comida, colación, y cena). • Suficiente consumo de líquidos de preferencia agua natural sin azúcar. • Consumo de frutas y verduras.
Expresión de sentimientos y emociones	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar a una persona cercana con quien sienta confianza para hablar de sus emociones cuando sea necesario. • Trabajar con cuadro de cuantificación de emociones determinando un valor a su emoción y como modificar su conducta. • Identificar qué es lo que la hace sentir mejor y llevarlo a cabo. • Técnicas de relajación muscular progresiva de Jacobson. • Técnicas de mindfulness, centrarse en el aquí y el ahora.
Fortalecimiento de redes de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> • Darse un tiempo fuera cuando sienta enfado. Y posterior a ello expresar sentimientos y emociones. • Determinar un tiempo y horario para pasar con sus hijos • Acudir a centro comunitario del municipio de Xochimilco y participar en actividades y talleres de su agrado. • Asistir a Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente Muñiz a consulta para valoración.
Actividad y ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar actividad que disfrute y determinar un tiempo y horario para realizarla como correr, caminar, hacer zumba etc.

VIII.- CONCLUSIONES

El presente trabajo permitió estudiar a profundidad un proceso de enfermería el cual fue aplicado a una persona en la delegación Xochimilco de manera sistemática, con el cual se aplicaron conocimientos obtenidos durante todo el proceso de formación en el programa de especialización en enfermería, y durante el primer semestre teórico del programa de especialización de enfermería en salud mental, además se cumplieron con los objetivos establecidos al inicio del presente trabajo de investigación. La aplicación de los patrones funcionales permitió llevar a cabo la valoración del estado de salud y bienestar de la entrevistada e identificar aquellos patrones funcionales que se encontraron alterados, lo que fue de gran utilidad para la jerarquización de diagnósticos de enfermería por orden de importancia y grado de afección de la persona.

Debido a que se identificó un riesgo de suicidio alto en la persona en la tercer cita fue referida al INPRFM por lo cual ya no hubo un seguimiento del caso. Sin embargo, se observó que la entrevistada durante las dos primeras citas contaba con el interés de continuar con un tratamiento con el que pudiera recuperar el bienestar que a decir de ella no sentía, además la informante refirió que nunca había sido escuchada a diferencia de cómo fue atendida como parte de las prácticas de la especialidad de enfermería en salud mental, por lo que se establece que el apoyo brindado fue de ayuda para la persona.

Para concluir el presente trabajo fue importante para el reconocimiento de habilidades, actitudes y aptitudes para la atención a los usuarios en la comunidad, ya que es la base de la pirámide de atención, pues el individuo está en constante interacción con su entorno, con una cultura, una economía, una familia y es en este escalón donde se generan los problemas de salud mental, por tanto deben detectarse y detenerse en este punto para evitar que se llegue a un segundo o tercer nivel de atención.

Dentro de los obstáculos encontrados durante la realización del estudio de caso, se tiene el poco conocimiento de la comunidad en el concepto de salud mental y los alcances que puede tener dentro de sus vidas. Además del estigma que genera ya

que consideran que no es una enfermedad sino simplemente es para llamar la atención o que se está loco y debido a ello no se será aceptado en la sociedad en que se vive.

En resumen la especialista en salud mental bajo un enfoque comunitario, tiene un gran campo de acción para la atención de distintos ámbitos, a nivel clínico en la rehabilitación de las personas con diagnósticos psiquiátricos así como a nivel de prevención y promoción de la salud mental.

IX.- SUGERENCIAS

Considero que es importante que se aperturen centros de formación de especialistas en salud mental en diferentes puntos de la república, y ello no puede suceder sin la formación de alta especialidad que se gesta dentro de este programa fomentando el trabajo dentro de un instituto nacional atención psiquiátrica y en las mismas comunidades.

De manera personal el desarrollo de propuestas que contribuyan a la atención comunitaria dentro de nuestras localidades favoreciendo a un cambio en la visión hacia la salud mental.

Favorecer la red de comunicación con los integrantes de la especialidad así como con personas de otras especialidades durante la práctica permitiendo ampliar y compartir nuestros conocimientos.

BIBLIOGRAFIA

- Alvarez, J., F., D. C., Fernandez, D., & Muñoz, M. (Junio de 2010). *Manual de Valoración de Patrones Funcionales*. . Obtenido de Atención Primaria : <http://seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>
- Borges, G. O.-M. (2010). *Suicide and suicidal behaviors in México, retrospective and current status*. Mexico : Salud publica.
- Bulles, M., Anderson, M., Ramirez, A., & Arango, B. (2014). Suicidio en mujeres gestantes: vivencias y redes de apoyo para las familias que les sobreviven. *Facultad Nacional de Salud Publica*, 332-339.
- Cabrera, M. L. (2008). Reflexiones sobre dolor no físico y sufrimiento desde la perspectiva de enfermeira. *Revista cubana de enfermería*, 15.
- Cardenas, E. F. (20 de Octubre de 2010). Guía clínica para los trastornos afectivos (depresión y distimia) en niños y adolescentes. Ciudad de México, Xomali, México.
- Casarjian, R. (2010). *Perdon*. Obtenido de <http://www.cuantona.com/libro/Perdonar%20.pdf>
- Casique, L. M. (2015). Estudio comparativo anterior y actual del dependiente de alcohol en proceso de rehabilitación. . *Revista CUIDARTE* , 8.
- Cohen, H. (2009). *Salud Mental y Derechos Humanos. Vigencia de los estándares internacionales*. (Vol. I). Buenos Aires., Argentina: OPS/OMS.
- DSMV. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V*. España: PANAMERICANA.
- Duarte, H. S. (2015). Biodiversidad y síntomas depresivos en adultos mexicanos. Exploración de los efectos beneficiosos del ambiente. . *Biomedica* , 13.
- F. Mascoyano, W. L. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 53-57.
- Fernandez, M. (2004). *Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería* . Obtenido de Corrientes del pensamiento de enfermería : <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/bases-historicas-y-teoricas-de-la-enfermeria/materiales-de-clase-1/Enfermeria-Tema10.pdf>
- Figueroa, G. (2010). *Universidad del Sagrado corazón departamento de ciencias naturales. Programa de enfermería*. Obtenido de Proceso de enfermería.: http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Enfermeria_Obtetriz/19.pdf

- Flores, M. (2015). *Suicidio en el primer nivel de atención y su relación con la enfermedad*. México : INPRFM.
- Gerard, H. C. (2010). *Guia clinica para el manejo de la depresión*. . Ciudad de México. : Instituto Nacional de Psiquiatria Ramon de la Fuente Muñiz .
- Gutierrez, E. C. (2013). Procesamiento de la musica en el primer episodio de transtorno depresivo mayor sin tratamiento. . *Salud mental* , 9 .
- Hervas, G. (Septiembre de 2008). *Adaptacion al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulacion Emocional*. Obtenido de SCIELO : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000200001
- J. Alvarez, F. D. (2010). *Manual de Valoracion de Patrones Funcionales de Marjory Gordon*. Asturias: SEAPA.
- J. Frenk, E. R. (2010). *Perfiles de enfermería* . México: SS.
- Kübler-Ross, E. (2011). *La rueda de la vida*. México: VERGARA.
- Leon, C. (1999). Perspectivas de la salud mental comunitaria en latinoamerica. . *Salud Mental* , 9.
- Lopez, M. (2015). *Estudio de Caso aplicado a usuaria con alteracion en los patrones fucionales basado en el modelo de Marjory Gordon* . México : UNAM.
- Meidna-Mora, M. E. Borges, G. Muñiz, C. L. Benjet, C. &Jaimes, J. B. (Agosto de 2003). Resultados de la encuesta nacional de epidemiologia psiquiatrica en México. *Medigraphic Artemiza*, 26(4), 16.
- Merlín., I. (2015). *El suicidio: prevención y manejo en el primer nivel de atención*. . México: INPRFM.
- Meza, E. G. (2008). El proceso de duelo. un mecanismo humano para el manejo de las perdidas emocionales. . *Revista Medico-Quirurgicas* , 5.
- Miller, R. R. (2015). *La entrevista motivacional. Ayudar a las personas a cambiar*. Barcelona, España.: PAIDOS.
- Molina, A. (2015). *El suicidio: Prevención y manejo en el primer nivel de atención. La investigación epidemiológica mexicana sobre el suicidio*. México : INPRFM.
- Nogales, I. Ulloa, R. Rodriguez, H. Palacios, L. Vasquez, J. Munguia A. Sanchez, O. Cardenas, J. De la Peña, F. (2014). *Guia clinica del hosppital psiquiatrico infantil "Dr. Juan Navarro N. Navarro"*. ciudad deMéxico .
- OMS. (2013). *Plan de accion sobre salud mental*. Ginebra Suiza : OMS.

- Orkaizagirre, G. A. (23 de diciembre de 2014). *El estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la relación de cuidado*. . Obtenido de Index Enfermería: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300011>
- Osorio, M. (2010). *Ciclo vital y roles familiares*. Obtenido de <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/sociologia/articulos/04/0406-OsorioL.pdf>
- Perez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. . *Revista Cubana de Medicina General Integral* .
- R. Pool, N. M. (2015). Labor tanatológica de enfermería en el nivel de frustración de personas con diabetes mellitus tipo 2. . *Enfermería* , 188-195.
- Rodriguez, J. (2009). *Salud mental en la comunidad*. Washington : OPS .
- Rodriguez, J., Pastor, A., & Lopez, S. (1993). *Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad*. Obtenido de Departamento de Psicología de la salud, Facultad de Medicina. Universidad de Alicante.: <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/7199/7063>
- S., A. (1982). *Enfermería de salud mental comunitaria y práctica*. Colombia: Organización Panamericana de la Salud.
- salud, S. d. (s.f.).
- Sarmiento, E. Brenes, R. Brenes, M. . (2014). El polimorfismo 5-HTTLPR y el intento suicida en adolescentes deprimidos. *Salud Mental*, 5.
- Secretaría de Salud* . (2011). Obtenido de Estrategias programa sectorial de salud programa nacional de salud mental: Modelo Miguel Hidalgo 2013-2018 : http://187.141.20.3/reuniondirectores/2013/2013_4/consame.pdf
- Suagm. (01 de Diciembre de 2005). *Definiciones de Enfermería*. Obtenido de Enfermería: http://www.suagm.edu/umet/biblioteca/Reserva_Profesores/reina_rivero_nurs_105/Definiciones_enfermeria.pdf
- Tiviño, Z., & Sanhueza, O. (01 de Diciembre de 2005). *Scielo*. Obtenido de Ciencia y enfermería XI, Paradigmas de investigación en enfermería: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000100003
- Villegas, J. (25 de octubre de 2006). *El duelo, como ayudar a los niños a afrontarlo. 3º concurso de psicoterapia familiar y de pareja*. Obtenido de Escuela Vasco Navarra de Terapia Familiar.:

evntf.com/imagenes/biblioteca/Apraiz,%20I.%20Tbjo.%203%C2%BA%20BI
%2005-06.pdf

Whaley., A. (2015). *Dinamica familiar y suicidio*. México: INPRFM.

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO



Formato de Consentimiento Informado

Instituto Nacional de Psiquiatría
Dr. Ramón de la Fuente Muñiz
Prácticas Profesionales para los alumnos del Posgrado de
Enfermería en Salud Mental

México D.F., a 23 de Octubre del 2015

Por este conducto hago patente que el alumno(a) de la especialidad de Enfermería en Salud Mental Lucio Melani Becastegui Lucio, cuya sede académica se ubica en el Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente Muñiz:

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

Así mismo mediante éste documento HAGO PATENTE mi consentimiento para participar de forma voluntaria y consciente en éste proceso.

M. de R.

Nombre y Firma de la persona entrevistada

Lucio Melani Becastegui Lucio

Nombre y Firma del entrevistador

ANEXO 2. CEDULA DE VALORACIÓN DE LOS 11 PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: M.C. R.

Diagnostico medico: Depresión mayor, intento de suicidio.

Fecha de la entrevista: 27- octubre, 29- octubre- de2015

Fecha de nacimiento: 23 de septiembre de 1968

Edo. Civil actual: soltero _____ Casado: _____ Viudo: ___x___ Unión libre: _____

Lugar de origen: Ciudad de México Distrito Federal.

Lugar de residencia: Sur de la ciudad de México.

Domicilio actual: -----

Teléfono: ----- Escolaridad: 3ER Grado de primaria. Ocupación: comerciante.

Nivel de estudios o grado académico: primaria.

Idiomas o lenguas: no menciono.

Nombre del responsable legal:

Motivo de ingreso o solicitud de consultoría: “Me siento triste y con ganas de hacer cosas que no se...” sic usuario.

Antecedentes heredo familiares: madre con diabetes, 4 hermanos con diabetes mellitus tipo 2, hermana mayor con ansiedad y alucinaciones de tipo auditivas y visuales, que amerito internamiento en INPRFM.

Situación laboral y/o escolar actual: comerciante, vende comida, tostadas, ayudando a su hermana en tianquis de manera esporádica.

VALORACIÓN GENERAL.

Número de expediente: S/N _____

Signos vitales: Temperatura: __--__ Frecuencia cardíaca: ___---_____

Frecuencia respiratoria: ___---_____ Tensión Arterial: _____---_____

Piel y mucosas (coloración y aspecto): __hidratadas con buena coloración. _____

Lesión: __aparentemente sin lesiones. _____

Alteración de los sentidos: Vista: __X__ Oído: _____ Tacto: _____ Gusto: _____ Olfato: _____

Prótesis: Si: _____ No: _____ Especificar tipo y ubicación: _____

Funcionamiento motor: Bueno: __x__ Limitado: _____ Especificar: _____

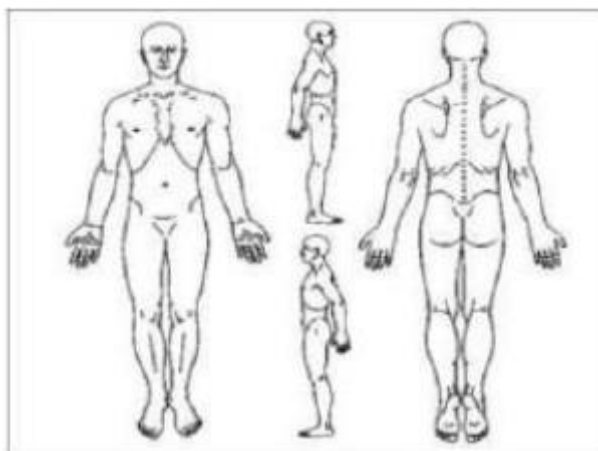
Actitud durante la entrevista: Colabora: _____x_____ No colabora: _____

Tratamiento médico: Si: __x__ No: _____ Especificar: control por diabetes mellitus. __metformina 1/2-1/2- 0_____

Presencia de dolor: No: _____ Si: __x__ Especificar: __dolor muscular de espalda

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
LEVE		MODERADO			FUERTE		MUY FUERTE		INSOPORTABLE
									

Localización física del dolor (marca con pluma roja la localización)



Alteraciones o datos de interés que desee profundizar: __refiere hace poco haber sufrido una caída pero al momento el dolor ha desaparecido.__

1. PATRÓN DE PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD

Aspecto general (vestido/arreglo personal):

Adecuado ___x___ Descuidado ___ Extravagante ___ Exagerado ___

Meticuloso ___ Otro (especificar) _____

Actitud y comportamiento frente a su enfermedad:

Aceptación ___x___ Rechazo ___ Indiferencia ___ Sobrevaloración ___

Reivindicativa ___ Otras _____ --- _____

Comportamientos realizados al respecto (describir) _____ ---- _____

Recomendaciones terapéuticas: Ninguna ___x___ Seguimiento correcto a su enfermedad

(Describe) _____ Seguimiento incorrecto (describalo) _____

Hábitos y/o Conductas adictivas:

Consumo	Substancia	Cuál	Edad de inicio	Frecuencia Dosis Dia / semana	Alguna vez en la vida	Actualmente
	Tabaco					
	Bebidas alcohólicas	Vino	16 años.	Diario, llegar a embriaguez.	SI	NO
	Cafeína					
	Cannabis					
	Cocaína					
	Anfetaminas					
	Inhalantes					
	Tranquilizantes					
	Alucinógenos					
	Opiáceos					
	Otras					

Solvencia económica: Sin especificar cantidad, menciona la usuaria no ser suficiente para cubrir necesidades en el hogar. ____

Otras alteraciones o datos de interés _____

2. PATRÓN NUTRICIONAL – METABÓLICO.

Peso __85__ Talla __1.55__ Constitución ____ sobrepeso ____ IMC __35.4__

Apetito: Normal ____ Aumentado ____ Disminuido __refiere que en ocasiones no tiene apetito

Consumo diario habitual: _Frijoles, huevo, sopa_____

Ingesta de líquidos (cantidad y tipo) ____6 vasos de agua con poca azúcar, sin ingerir refresco. _____

Nauseas/vómitos (espontáneos o provocados) No x ____ Si ____ Especificar ____

Preferencias alimentarias: __huevo y carne de pollo. _____

Restricciones / Evitación (motivos) __evita comer mucha fruta, arroz y harinas____

¿Come entre comidas? o ¿Cuándo está nervioso (a) ? No ____ Si __x__ Especifique que

Es lo que consume: ____consume verduras entre cada comida fuerte. Menciona que así lo indicó el médico. _____

Conocimientos sobre alimentos y dieta equilibrada: Suficientes __x__ Insuficientes _____

Especificar: _Conoce acerca de horarios, y la importancia de alimentos variados, sin embargo en ocasiones no lo cumple por la situación económica. Pero cuando puede lo sigue al pie de la letra. ____

¿Se siente bien con su peso? _"creo que tengo unos cuantos kilos de más" _____

Otras alteraciones o datos de interés: _____

3. PATRÓN DE ELIMINACIÓN.

Eliminación intestinal:

Frecuencia: __"diario, a veces cada tercer día"____ Características: __"normal" de acuerdo al usuario, en forma y consistencia sin anormalidad. _____ Malestar: _negado _____

Control: ____bueno____ Motivos no control: __--____ Uso de laxantes: ____negado_____

Patrón habitual personal: _____

Eliminación vesical:

Frecuencia: ____ 4 – veces al día, refiere nicturia en ocasiones. ____ Características: __amarilla, sin ningún olor extraño de acuerdo a la persona entrevistada. _____

Malestar: __negado_____

Control: _____ Motivos no control: _____ Diuréticos: _____

Patrón habitual personal: ____ diario en las mañanas, y a lo largo del día. _____

Eliminación cutánea: sudoración aparentemente adecuada.

Normal: ____ x ____ Profusa: _____ Escasa: _____ Problemas con el mal olor

(En caso afirmativo, ¿qué hace? _____

Percepción personal de la eliminación:

Intestinal ____ buena__ Vesical ____ buena_____ Cutánea ____ buena_____

Posibles motivos de percepción de disfunción: __negados_____

Factores que alteran la eliminación: _____ negados_____

Otras alteraciones o datos de interés: _____ negadas.

4. PATRÓN DE ACTIVIDAD-EJERCICIO.

Expresión facial:

Tensa: _____ Relajada: _____ Alegre: _____ Triste: __x____ Enfadada: _____

Dirección de la mirada: _dirigida al techo y en ocasiones no hacia contacto ocular con entrevistador.

_ Otros: _____

Características del habla: ____ bradilalia, en tono bajo _____

Ver expresión del lenguaje de patrón cognitivo y especificar características: _____

Comportamiento motor:

Adecuación contexto: __x____ Inhibición: _____ Agitación/inquietud: _____ Temblores: _____

Rigidez: _____ Estereotipias: _____ Tics: _____ Otros: _____

Reacciones extra piramidales (especificar): __-----_____

Regularidad del comportamiento motor:

Frecuencia: ____ pie con movimiento_____ Intensidad: ____ rápida_____ Duración: __corta

Condiciones que lo aumentan o reducen: __al preguntar acerca de teas como muerte, separación expresión de sentimientos. _____

Características del comportamiento motor:

Controlable: _____x_____ Limitante: _____ Incapacitante: _____

Opinión / emoción respecto al comportamiento motor:

Indiferente: _____x_____ Aceptado: _____ Preocupado: _____

Deseos o participación en actividades de consumo de energía (especificar): __menciona realizar el aseo de su casa con el cual se lleva aproximadamente 2 horas refiere usuario, sin embargo no menciona realizar alguna otra actividad. __

Factores que intervienen en este patrón (especificar): _____menciona en ocasiones no tener ganas de hacer nada, por lo que permanece en casa sin hacer nada, en ocasiones su pareja sale a caminar con ella sin embargo menciona que se cansa muy rápido. _____

Tipo de ayuda requerida: _____-----_____

Habilidades manifestadas en las actividades descritas (nula, baja, alta): __las actividades son de la vida diaria sin embargo ninguno con un gasto de energía necesario para un beneficio a su salud como el control de peso. _____

Cambio notable de habilidades o funciones (físicas, intelectuales, socioculturales):
_____negadas. _____

Otras alteraciones o cambios de interés: _____-----_____

5. PATRÓN DE SUEÑO DESCANSO.

Horas de sueño nocturno: __4_____ Otros descansos: __por la tarde 1 hora__

Problemas de sueño (al inicio, interrumpido, al despertar temprano, somnolencia excesiva, pesadillas, otros): _menciona ir a dormir sin embargo despertar a las 12-2 de la mañana sin posibilidad de dormir nuevamente, refiere que el primer pensamiento que tiene al despertar es el problema económico, y la tristeza. __

Antecedentes de alteraciones de sueño: __negados_____

Factores que alteren el patrón del sueño: __la problemática por la que está atravesando el usuario. Pues menciona que los problemas económicos son fuertes, además de el poco apoyo que tiene por la familia (hermanas)_____

¿Qué hace para favorecerlo? __refiere hacer un poco más de actividad en la tarde sin embargo no hay mucha diferencia.____

Percepción personal del patrón:

Adecuado: _____ Excesivo: _____ Disminuido: _____ x _____

Otras alteraciones o datos de interés: ___ menciona que al despertar cuando logra volver a dormir solo lo hace unos pocos minutos 30 minutos y despierta, niega tener pesadillas, _____

6. PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTIVO.

Nivel de conciencia y actitud respecto al entorno:

Hipervigilia: _____ Confusión: _____ Desrealización: _____

Somnoliento: _____ x _____ Sólo sigue instrucciones: ___ en ocasiones. _____

No responde a estímulos externos: _____ si responde de manera adecuada. ___

Otros (especificar): _____ ----- _____

Atención-orientación (espacio, tiempo, persona)

Atención fluctuante: _____ persona consciente orientada en tiempo espacio y persona ___ Distractibilidad: _____ ----- _____

Orientación, reconoce:

Lugar donde se encuentra: _____ x _____ Domicilio: _____ x _____ Cd. / país. _____ x _____

Día/mes: _____ x _____ Año: ___ x ___ Estación del año: _____ x _____

Nombre completo: ___ x ___. Edad y/o fecha de nacimiento: ___ x ___ Profesión: ___ x ___

Personas significativas: ___ hijos, pareja, hermanas, vecina _____ Grado de relación: _ con los hijos es intensa pero en ocasiones es difícil la dinámica por la problemática que hay dentro de ella (problemas económicos), y la adaptación aun a el cambio de roles por perdida del padre. ___

Alteraciones perceptivas (especificar):

Auditivas: ___ -- ___ Visuales: ___ x ___ Táctiles: ___ -- ___ Olfativas: ___ -- ___ Gustativas: ___ -- ___

Ilusiones: ___ negadas _____ Otros (especificar): _____ ---

Localización de la percepción: ___ ----- _____

Interna: ___ ----- ___ Externa: _____ ----- _____

Memoria e inteligencia:

Memoria inmediata reciente: ___ adecuada _____ Memoria remota: ___ recuerda hechos pasados con claridad.

Descripción de la posible alteración: _____

Retrasos intelectuales: _____

Tipo de ayuda requerida: _____ atención psiquiátrica _____

Organización de pensamiento-lenguaje:

Contenido:

Coherente y organizado: Si: No: _____ Delirante: Si: _____ No:

Descripción breve de la alteración (especificar): _____

Comportamiento adoptado frente al tema (ritualismo, defensivo, violento, etc.): expresa sentimientos de culpa y tristeza frente a las actitudes y comportamientos de hijo menor quien ha sufrido violencia por parte de ella.

Otras ideas o pensamientos recurrentes molestos: ideas de muerte o pérdidas de personas afectivas, conceptos de moralidad que es lo que la sociedad piensa de una mujer que ya es viuda y tiene una pareja. _____

Posible relación de los pensamientos anteriores: _____

Curso: _____

Inhibición: _____

Aceleración: _____

Perseverancia: _____

Disgregación/incoherencia: _____

Otros (especificar): _____

Expresión de lenguaje:

Velocidad (normal, rápida, lenta, paroxística): lenta

Cantidad (normal, abundante, escaso): _____ escaso _____

Volumen (normal, alto, bajo): bajo _____

Tono y modulación (tranquilo, nervioso, hostil): nervioso en ocasiones cuando se tocan temas que le ocasionan ansiedad, como la muerte y el consumo del alcohol. _____

Otras alteraciones (tartamudez, logoclonia, verberación, ecolalia, mutismo, etc.): _____

Otras alteraciones o datos de interés _____

7. PATRÒN AUTOPERCEPCIÒN-AUTOCONCEPTO.

Reactividad emocional:

Adecuada al contexto: _____ Pobreza de sentimientos: ___x solo en ocasiones___ Expansión afectiva: _____

Tonalidad afectiva: Agradable: _____x___ Desagradable: _____

Posibles síntomas afectivos de interés (especificar) _____

Percepción imagen corporal: ___la persona refería que no se sentía bien con muchas cosas que le pasan una de ellas es como _la veían los demás por ser una mujer de edad y sin viuda y que ya tiene una nueva relación. _____

Ajustada a la realidad: ___x___ Confusa: _____ Equivocada: _____

Actitud frente a su cuerpo:

Aceptación: _____ Rechazo: _____x___ Otros: _____

Auto descripción de sí mismo: se refirió como una mujer de edad gordita.

Ajustada a la realidad: _de acuerdo a lo que ella menciona considero que tiene conciencia de las características propias de su persona. _____

Sobrevaloración capacidades y logros personales: ___negadas. _____

Exageración a errores y desgracias/infravaloración a éxitos: ___negadas. _____

Otros especificar: _negadas. _____

Autoevaluación general y competencia personal (positiva, negativa, indiferente): _menciona que ella no tiene la capacidad e hacer muchas cosas se le pregunto poruq ecreia eso y mencionao no poder hacerlas. _____

Sentimientos con respecto a la autoevaluación personal:

Tristeza: ___x___ Inferioridad: ___x___ Culpabilidad: _____ Inutilidad: _____

Impotencia: _____ Euforia: _____ Ansiedad: _____ Rabia: _____

Superioridad: _____ otras: _____

Ideas de suicidio (describir plan si existe): ___hace 3 meses menciona la persona haber tomado 15 pastillas de metformina menciona que ya no quería saber nada de su vida, sin embargo cuando

reacciono como pudo vomito las pastillas porque recordó a sus hijos y con quien los dejaría. _____

Comportamientos adoptados para afrontar/compensar los sentimientos: ___ rigidez en la expresión de sentimientos, se enoja y de esa manera los evita. _____

Percepción de exigencias o presiones:

Origen (personas, ideas, sensaciones): _____ --- _____ Ámbito (lugar): _____ ----- _____

Percepción sobre su estado de salud: _____ considera que su salud física es buena pero la salud mental es la que esta fallando. _____

Otras alteraciones o datos de interés:

8. PATRÓN DE ROL-RELACIONES.

Nivel de independencia de la persona:

Física, total: -- ___ Parcial: __ -- (motivo de ayuda requerida): _____

Económica, total: __ - __ Parcial: __ -- (motivos ayuda requerida): _____

Psicosocial, total: __ -- __ Parcial: __ -- (motivos ayuda requerida): _____

¿Con quién vive? __ hijos (2 hombres) en casa contigua vive hija con esposo a los cuales ve diario.

¿Depende alguien de usted en algún aspecto? Hijo menor en economía, alimento vestido, sustento.

¿Pertenece a algún grupo social? _____ negado _____

¿Tiene amigos cercanos? _____ una amiga _____

Personas que le generan sentimientos positivos o significativos:

_ mis hermanas sin embargo hace poco tuvimos una discusión de la cual aún no podemos resolverla.

—

Responsabilidades dentro del núcleo familiar:

_ alimentarlos, economía, cuidado de la familia. _____

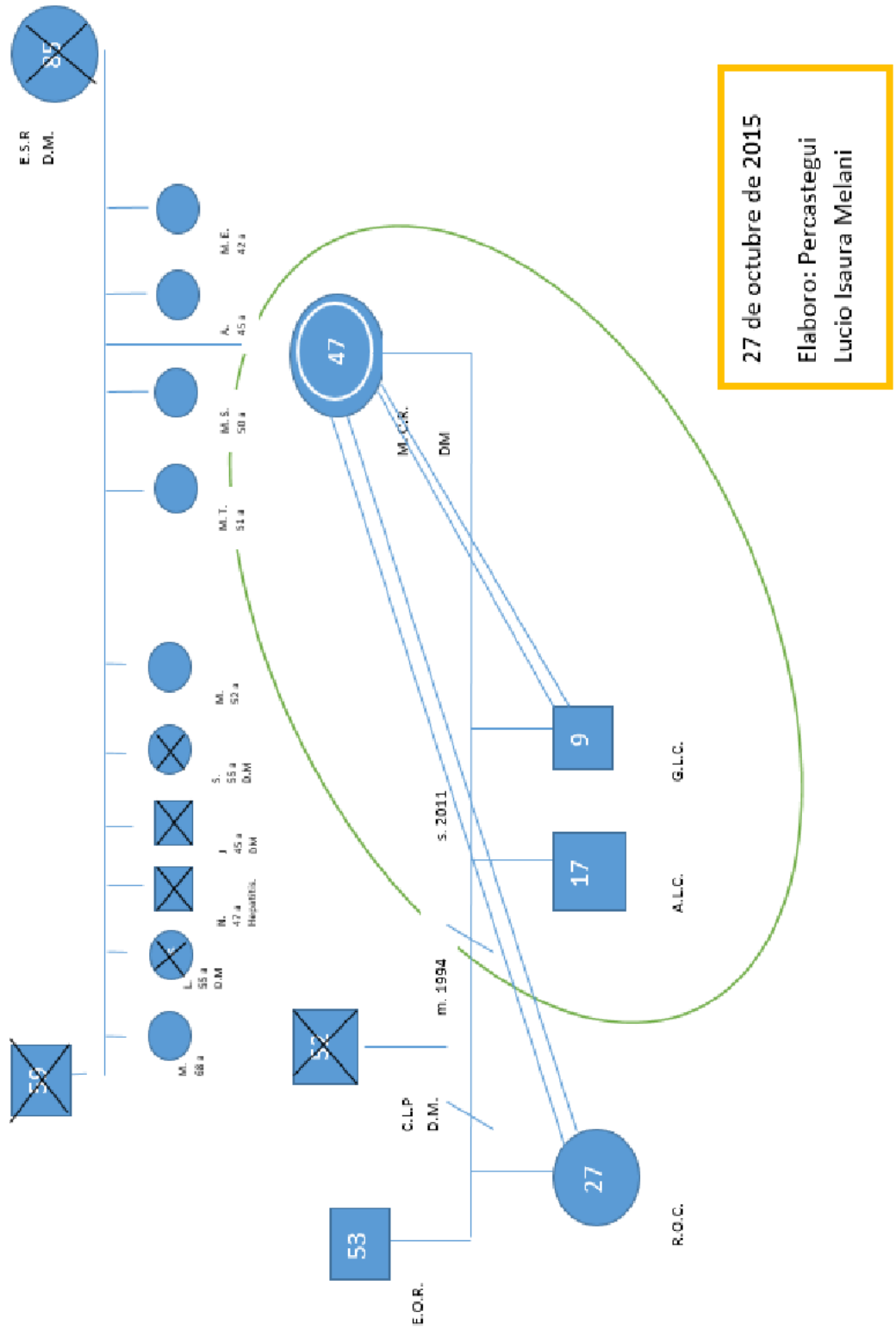
Percepción sobre responsabilidad: considera que es su responsabilidad el cuidar a los hijos y mantener la familia unida previéndola de lo necesario para su desarrollo.

Sentimientos respecto a relaciones familiares:

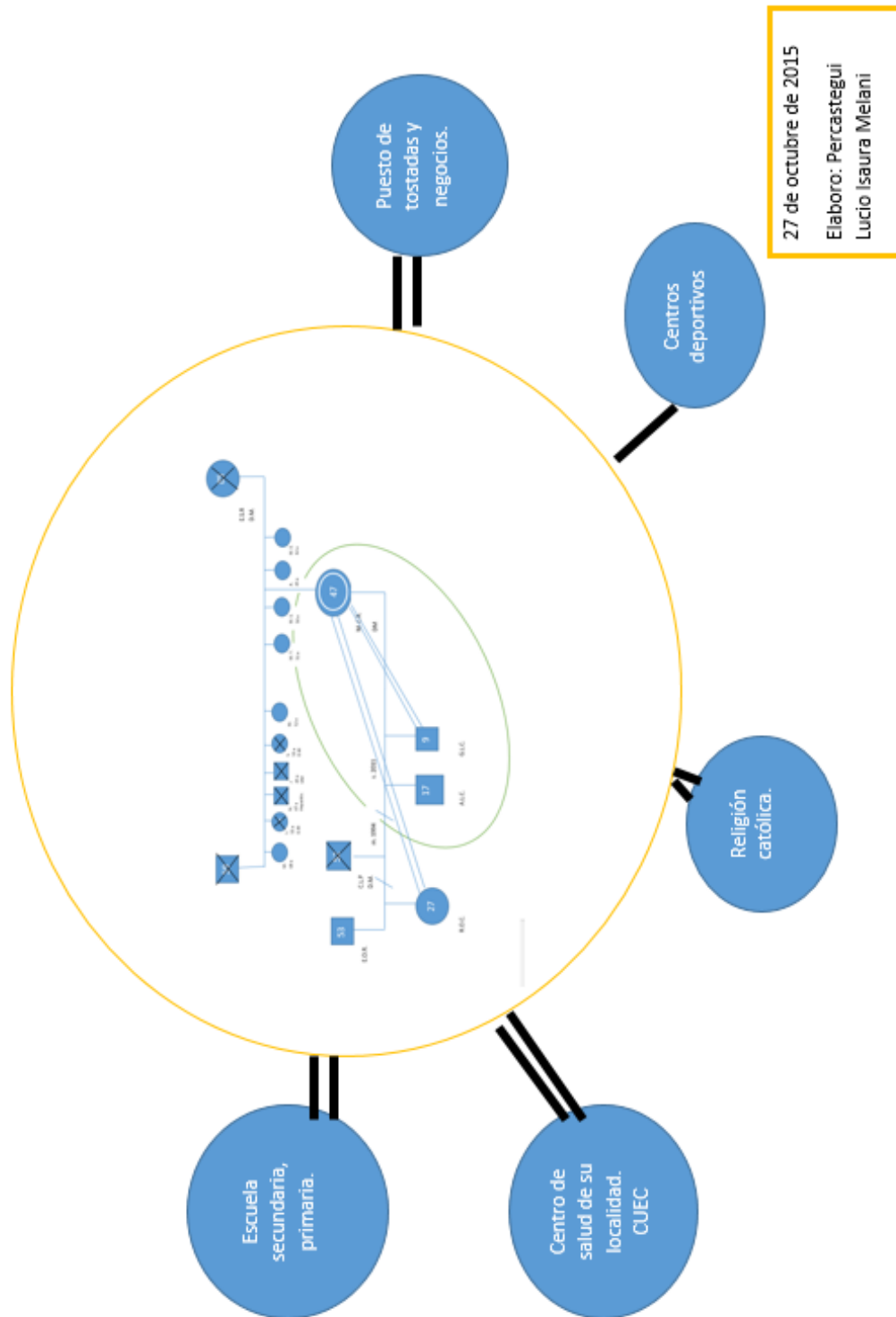
Ansiedad: ___ Miedo: ___ Culpa: ___ Tristeza: x Inutilidad: ___ Inferioridad: x Rabia: ___

Superioridad: ___ Seguridad: ___ Otros: _____

ANEXO 2.1 GENOGRAMA



ANEXO2.2 ECO MAPA



9. PATRÓN SEXUALIDAD / REPRODUCCIÓN.

Menarca: 13 IVSA: _____ Numero de parejas sexuales: 5Exhibicionismo: negado Libido aumentada: no Vasectomía: --Fecha de último Papanicolaou: 2013FUM: 2014 G: 3 P: 3 A: 0 C: 0¿Qué tipo de método anticonceptivo utiliza?: n

Condón: _____ Parche: _____ Pastillas: _____ DIU: _____ OTB: _____ Chip: _____

Sentimientos hacia la maternidad: _____

Sentimientos hacia el embarazo: _____

10. PATRÓN DE ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS.

Ante una situación de estrés responde con:

Conducta evitativa: _____ Ansiedad: X Inquietud: _____ Tensión muscular: _____Postura rígida: _____ Hiperhidrosis palmar: _____ Boca reseca: XNegación del problema: X poca tolerancia a la frustración:X Autocompasión: _____Grado de Grave: _____ Medio: X Leve: _____

incapacitaci _____

ón (de

acuerdo a

la

respuesta):

Personal

: _____

Familiar: _____ Grave: _____ Medio: X Leve: _____Laboral: _____ Grave: _____ Medio: _____ Leve: XSocial Grave: _____ Medio: X Leve: _____

: _____

Respuesta ante su enfermedad:

11. PATRÓN DE VALORES Y CREENCIAS.

Antecedentes de prácticas o cultos religiosos

¿La familia presenta mitos o creencias en relación a la enfermedad?

_____ Son religiosos con creencia

católica. _____

¿Requieren de algún apoyo religioso? (Aspectos personales que desea sean tomados en cuenta) _____ no _____

¿El paciente comenta o presenta mitos o creencias en relación a su enfermedad?

_____ no _____

¿El paciente presenta actitud religiosa?, describa:

_____ si la persona refiere dejarle a “Dios cualquier cosa que le suceda menciona que está en las mandos de Él cuándo la quiera recoger de este mundo”.

Valores o creencias importantes de la historia personal: creencia en la virgen de los lagos, mencionan hacer cada año un viaje hasta haya para pedir por a salud de la familia.

ANEXO 3. APGAR FAMILIAR



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



Valoración de pagar familiar.

Fecha: 27- Octubre 2015

Aplicado a: M.C.R

Sexo: F

Edad: 47

	Casi nunca (0)	A veces (1)	Casi siempre (2)
1.- ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			X
2.- ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?		X	
3.- ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?		X	
4.- ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?		X	
5.- ¿Siente que su familia le quiere?			X
Puntuación tota			

Puntos = 7

Normo funcional: 7 - 10 puntos
 Disfuncional leve: 0 - 2
 Disfuncional grave: 3 - 6

Aplicado por: Melany P.L

ANEXO 4. ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

Montes 8:30.
Glor Mercedes

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (EADG)

SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? *Si*
 2. ¿Ha estado muy preocupado por algo? *Si*
 3. ¿Se ha sentido muy irritable? *Si*
 4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? *Si*
- (Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? *Si*
 6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca? *Si*
 7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos) *Hormigueos, dolor de cabeza.*
 8. ¿Ha estado preocupado por su salud? *Si*
 9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido? *Si*
- TOTAL ANSIEDAD= 7

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía? *Si*
 2. ¿Ha perdido Vd. el interés por las cosas? *Si*
 3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? *Si*
 4. ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas? *Si*
- (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)
5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? *Si*
 6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito) *Subo de peso*
 7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? *Si 3:30*
 8. ¿Se ha sentido Vd. enlentecido? *No*
 9. ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? *Si*
- TOTAL DEPRESIÓN= 8

ANEXO 5. ESCALA DE RIESGO SUICIDA SAD PERSON

Tabla 8. Escala SAD PERSONS

Sex	Fem	x	Género masculino
Age	37	✓	< 20 o > 45 años
Depression		✓	Presencia de depresión
Previous Attempt		✓	Intento de suicidio previo
Ethanol abuse		✗	Abuso de alcohol
Rational thinking loss		x	Ausencia de pensamiento racional
Social support lacking		✓	Apoyo social inadecuado
Organized plan for suicide		✗	Plan elaborado
No spouse		✗	No pareja
Sickness		✓	Problemas de salud
0-2: bajo riesgo 3-4: riesgo moderado, seguimiento ambulatorio o valorar ingreso 5-6: riesgo alto, se recomienda ingreso, especialmente si presenta ausencia de apoyo social 7-10: precisa ingreso			

Fuente: Patterson et al., 1983 (89)

Puntuación: 5

M.C.R.
 Aplica: Psicología

ANEXO 6. ESCALA DE HAMILTON

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

M.J. Purriños
Servizo de Epidemioloxía, Dirección Xeral de Saúde Pública, Servizo Galego de Saúde

- La depresión es una de las enfermedades más frecuentes de la población general y su presentación es cada vez mayor entre los pacientes crónicos atendidos en las consultas de Medicina Interna, habitualmente "disfrazada" como otra patología. De la misma forma que su diagnóstico no siempre es fácil, establecer si un paciente ha mejorado y cuánto, puede ser muy complicado. Las escalas de valoración permiten evaluar ambos hechos.
- La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.
- Si bien su versión original constaba de 21 ítems[1], posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems [2], que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva [3]. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas[3, 4] como ambulatorios[5].
- Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE [6], guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23
- Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25% [7]. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo [8].


Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	0
- Ausente	1
- Estas sensaciones las expresa solamente si se preguntan como se siente	2
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	3
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	4
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	5

Aplian. Recanloggi

Uxama. H.R.C

Fecha 27- Octubre.

 ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)	
<p align="center">Sentimientos de culpa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente - Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones - Siente que la enfermedad actual es un castigo - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza 	0 1 2 3 4
<p align="center">Suicidio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Le parece que la vida no vale la pena ser vivida - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir - Ideas de suicidio o amenazas - Intentos de suicidio (cualquier intento serio) 	0 1 2 3 4
<p align="center">Insomnio precoz</p> <ul style="list-style-type: none"> - No tiene dificultad - Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora al conciliar el sueño - Dificultad para dormir cada noche 	0 1 2
<p align="center">Insomnio intermedio</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche - Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar) 	0 1 2
<p align="center">Insomnio tardío</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama 	0 1 2
<p align="center">Trabajo y actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) - Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) - Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad - Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda. 	0 1 2 3 4
<p>Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palabra y pensamiento normales - Ligero retraso en el habla - Evidente retraso en el habla - Dificultad para expresarse - Incapacidad para expresarse 	0 1 2 3 4
<p align="center">Agitación psicomotora</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Juega con sus dedos - Juega con sus manos, cabello, etc. - No puede quedarse quieto ni permanecer sentado - Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios 	0 1 2 3 4

 ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)	
<p align="center">Ansiedad psíquica</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Tensión subjetiva e irritabilidad - Preocupación por pequeñas cosas - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla - Expresa sus temores sin que le pregunten 	0 1 2 3 4
<p>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Ligera - Moderada - Severa - Incapacitante 	0 1 2 3 4
<p align="center">Síntomas somáticos gastrointestinales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales 	0 1 2 3 4
<p align="center">Síntomas somáticos generales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2 	0 1 2
<p>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Débil - Grave 	0 1 2
<p align="center">Hipocondría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Preocupado de sí mismo (corporalmente) - Preocupado por su salud - Se lamenta constantemente, solicita ayuda 	0 1 2 3
<p align="center">Pérdida de peso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 1 Kg. en una semana 	0 1 2
<p align="center">Introspección (insight)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se da cuenta que está deprimido y enfermo - Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. - No se da cuenta que está enfermo 	0 1 2 3

