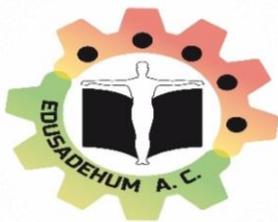


ESTRATEGIAS PARA EL BIENESTAR MENTAL EN LA COMUNIDAD



Dr. en C.S. Rafael Antonio Estévez Ramos

Dr. en C.S. Ihosvany Basset Machado

Dr. en Ed. Juan Manuel Sánchez Soto

Dra. C. María Cristina Pérez Guerrero

Dra. en Mat. Ed. Magally Martínez Reyes

Dr. en S. P. Julio Flores Villegas

Autores

Dr. en C.S. Rafael Antonio Estévez Ramos

Dr. en C.S. Ihosvany Basset Machado

Dr. en Ed. Juan Manuel Sánchez Soto

Dra. C. María Cristina Pérez Guerrero

Dra. en Mat. Ed. Magally Martínez Reyes

Dr. en S. P. Julio Flores Villegas

Revisores

MsC. Luis Manuel Ulloa Reyes

Hospital Psiquiátrico "Cdte. René Vallejo Ortiz". Camagüey, Cuba

Mtro. en A.D. Cornelio Cante Palma

Hospital Psiquiátrico "La Salud". Estado de México. México

Primera edición enero 2025 DR ©.

Educación para la Salud y Desarrollo Humano

Calle El Barrilito No. 348, Colonia Esperanza, CP. 57800

Nezahualcóyotl, Estado de México.

IVO Fundación

Avenida Huesca No. 778, Colonia H. Galeana CP. 62743, Cuautla,

Morelos.

ISBN 978-607-2610-12-5

Libro electrónico distribuido por las plataformas digitales de Educación para la Salud y Desarrollo Humano y IVO Fundación.

Hecho en México

Yo de saber que no quiero.

Sólo este medio es bastante A ajustarnos, si os contenta,
Que vos me logréis atenta Sin que yo pase a lo amante, Y
así quedo en mi entender Esta vez bien con los dos; Con
agradecer, con vos; Conmigo, con no querer.

Que, aunque a nadie llega a darse En este gusto cumplido,
Ver que es igual el partido Servirá de resignarse.

Ante tus ojos benditos Las culpas manifestamos,

Y las heridas mostramos, Que hicieron nuestros delitos.

Si el mal, que hemos cometido, Viene a ser considerado, Menor
es lo tolerado, Mayor es lo merecido.

La conciencia nos condena Yo de saber que no quiero.

Sólo este medio es bastante A ajustarnos, si os contenta,
Que vos me logréis atenta Sin que yo pase a lo amante, Y
así quedo en mi entender Esta vez bien con los dos; Con
agradecer, con vos; Conmigo, con no querer.

Que, aunque a nadie llega a darse En este gusto cumplido,
Ver que es igual el partido Servirá de resignarse.

Ante tus ojos benditos Las culpas manifestamos, Y las heridas mostramos,

Que hicieron nuestros delitos. Si el mal, que hemos cometido,

Viene a ser considerado, Menor es lo tolerado, Mayor es lo merecido.

La conciencia nos condena

Sor Juana Inés de La Cruz

ÍNDICE GENERAL

Aspectos biopsicosociales de la depresión	5
Manejo del trastorno de la Personalidad antisocial/abuso en el consumo de sustancias	26
Niveles de atención en salud mental. Cuidando al cuidador	46
Prevención del consumo de sustancias en adolescentes	71
Plan de prevención y atención del riesgo suicida en la comunidad	94
Intervención en el bienestar psicosocial del adulto mayor	121
Adopción de un modelo biopsicosocial para el abordaje de los trastornos mentales (esquizofrenia)	145



ASPECTOS BIOPSIICOSOCIALES DE LA DEPRESIÓN

"No toda la tristeza es un trastorno depresivo"

Allen Frances.

INTRODUCCIÓN

El término “depresión” surgió a mediados del siglo XIX, para referirse a una alteración primaria de las emociones cuyos rasgos más sobresalientes reflejaban menoscabo, inhibición y deterioro funcional. En 1980 se publica el DSM-III, donde por primera vez se incorpora el diagnóstico de “depresión mayor”. Sin embargo, en la serie DSM, la depresión es entendida como una entidad homogénea donde, dada su orientación eminentemente “sintomática”, muchos aspectos psicopatológicos dejan de ser considerados. Lo anterior contrasta con la evidencia actual que apoya la existencia de diversas formas clínicas cuya identificación es relevante como, por ejemplo, la depresión melancólica, atípica y psicótica; la depresión bipolar; subtipos como la depresión estacional o con predominio de síntomas somáticos, crisis de pánico o síntomas obsesivos; la depresión que acompaña a enfermedades físicas y, por último, la pseudodemencia depresiva. Así, un cuidadoso análisis psicopatológico resulta fundamental para la determinación de “endofenotipos de respuesta” a través de los cuales es posible predecir la evolución individual frente los tratamientos (Botto et al., 2014).

La depresión es una enfermedad recurrente, en muchas ocasiones crónica y que puede requerir un tratamiento a largo plazo. Su prevalencia en la población general se encuentra entre 8 y 12%, así mismo se estima que para el año 2030 representará el primer lugar en la medición de carga de enfermedad según los años de vida ajustados por discapacidad; a pesar de ello, su diagnóstico aún continúa planteando múltiples desafíos tanto conceptuales como clínicos. Con el objeto de resolver los problemas de validez y confiabilidad de los criterios diagnósticos, en la actualidad se ha impuesto un modelo atóxico, (representado por el *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, DSM y la Clasificación Internacional

de Enfermedades, CIE) cuya utilidad ha sido cuestionada, no encontrándose hasta el momento una solución definitiva. Ante esta realidad clínica subyace un problema grave y complejo. La evidencia muestra que para los propios psiquiatras existen importantes dificultades al momento de plantear un diagnóstico que resulte adecuado para el cuidado de los pacientes depresivos y no es de extrañar que el médico general tenga al menos las mismas dificultades. Así, se ha visto que en atención primaria de salud (APS), la depresión suele ser sobrediagnosticada, subdiagnosticada y tratada de manera inadecuada (Botto et al., 2014).

Criterios diagnósticos

Según el CIE-10 existen varios tipos de depresión

F32 Episodio depresivo

En los episodios típicos, tanto leves como moderados o graves, el paciente sufre un decaimiento del ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad. Se deterioran la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos. Habitualmente el sueño se halla perturbado, en tanto que disminuye el apetito. Casi siempre decaen la autoestima y la confianza en sí mismo, y a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil, incluso en las formas leves. El decaimiento del ánimo varía poco de un día al siguiente, es discordante con las circunstancias y puede acompañarse de los así llamados síntomas “somáticos”, tales como la pérdida del interés y de los sentimientos placenteros, el despertar matinal con varias horas de antelación a la hora habitual, el empeoramiento de la depresión por las mañanas, el marcado retraso psicomotor, la agitación y la pérdida del apetito, de peso y de la libido. El episodio depresivo puede ser calificado como leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas

F32.0 Episodio depresivo leve

Por lo común están presentes dos o tres de los síntomas antes descritos. El paciente generalmente está tenso, pero probablemente estará apto para continuar con la mayoría de sus actividades.

F32.1 Episodio depresivo moderado

Por lo común están presentes cuatro o más de los síntomas antes descritos y el paciente probablemente tenga grandes dificultades para continuar realizando sus actividades ordinarias.

F32.2 Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos

Episodio de depresión en el que varios de los síntomas característicos son marcados y angustiantes, especialmente la pérdida de la autoestima y las ideas de inutilidad y de culpa. Son frecuentes las ideas y las acciones suicidas, y usualmente se presenta una cantidad de síntomas “somáticos”.

Episodio único sin síntomas psicóticos de depresión:

- agitada
- profunda
- vital

F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos

Episodio de depresión similar al descrito en F32.2, pero con la aparición de alucinaciones, delirios, retraso psicomotor, o de un estupor tan grave que imposibilita las actividades sociales corrientes; puede generar riesgos para la vida del paciente, por suicidio o por efecto de la deshidratación o de la inanición. Las alucinaciones y los delirios pueden o no ser congruentes con el ánimo. Episodios únicos de:

- depresión profunda con síntomas psicóticos
- depresión psicótica
- psicosis depresiva psicógena
- psicosis depresiva reactiva

F32.8 Otros episodios depresivos

Depresión atípica

Episodios únicos de depresión “enmascarada” SAI

F32.9 Episodio depresivo, no especificado

Depresión SAI

Trastorno depresivo SA

De acuerdo al DSM V, establecen los siguientes criterios:

El DSM-5 usa tres series de criterios para diagnosticar los problemas mentales relacionados con el estado de ánimo:

1. Episodios afectivos
2. Trastornos del estado de ánimo
3. Especificadores que describen el episodio más reciente y la evolución recurrente.

Episodios del estado de ánimo o episodio afectivo alude a cualquier periodo en que un paciente se siente feliz o triste en un grado anormal. Los episodios del estado de ánimo son los bloques de construcción a partir de los cuales se integran muchos de los trastornos del estado de ánimo codificables. La mayoría de los pacientes con trastornos del estado de ánimo (si bien no la mayor parte de los tipos de trastorno del estado de ánimo) padece uno o más de estos tres episodios: depresivo mayor, maníaco e hipomaníaco. Sin información adicional, ninguno de estos episodios del estado de ánimo da origen a un diagnóstico codificable.

TRASTORNOS DEPRESIVOS

Criterios Diagnósticos de la Depresión

Trastorno depresivo mayor. Estas personas no han cursado con episodios maníacos o hipomaníacos, pero han padecido uno o más episodios depresivos mayores. El trastorno depresivo mayor puede ser recurrente o un episodio único).

Trastorno depresivo persistente (distimia). No existen fases de exaltación, y dura mucho más que el trastorno depresivo mayor típico. Esta variedad de depresión no suele tener gravedad suficiente para considerarse un episodio de depresión mayor (no obstante, ahora se incluye bajo este rubro a la depresión mayor crónica.

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. El estado de ánimo de un niño se mantiene negativo entre explosiones temperamentales frecuentes e intensas.

Trastorno disfórico premenstrual. Algunos días antes de la menstruación, una mujer experimenta síntomas de depresión y ansiedad.

Trastorno depresivo debido a otra afección médica. Distintas condiciones médicas y neurológicas pueden causar síntomas depresivos; no necesitan cubrir los criterios para alguno de los trastornos mencionados.

Trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamento. El alcohol y otras sustancias (intoxicación o abstinencia) pueden inducir síntomas depresivos; no necesitan cubrir los criterios para alguno de los trastornos mencionados.

Otro trastorno depresivo especificado o no especificado. Utilice una de estas categorías cuando un paciente muestre síntomas depresivos que no cumplen los criterios para los diagnósticos depresivos previos o algún otro diagnóstico del que la depresión sea un componente.

Episodio depresivo mayor: por lo menos dos semanas, el individuo se siente deprimido (o no puede disfrutar la vida) y tiene problemas para comer y dormir, sentimientos de culpa, poca energía, dificultad para concentrarse y pensamientos en torno a la muerte.

Criterios Diagnósticos

Un episodio depresivo mayor debe cubrir cinco requisitos principales. (1) Una calidad depresiva del estado de ánimo depresivo (o pérdida del interés o el placer) (2) durante un periodo mínimo, (3) acompañada de cierto número de síntomas, (4) que genere malestar o discapacidad y (5) no transgreda ninguno de los criterios de exclusión que se mencionan.

Calidad del estado de ánimo La depresión suele experimentarse como un abatimiento del estado de ánimo normal; los pacientes pueden describir que se sienten “infelices”, “descorazonados”, “desalentados”, “melancólicos”, o muchos otros términos que expresan tristeza. Varias situaciones pueden interferir en el reconocimiento de la depresión:

- No todos los pacientes pueden reconocer o describir con precisión cómo se sienten.
- Los clínicos y los individuos con orígenes culturales distintos pueden tener dificultad para llegar a un acuerdo de que el problema es la depresión.
- Los síntomas de presentación de la depresión pueden variar mucho de un individuo a otro. Una persona puede sentirse lenta y llorosa; otra sonríe y niega que algo está mal. Algunos duermen y comen demasiado; otros se quejan insomnio y anorexia.
- Algunos pacientes en realidad no se sienten deprimidos; experimentan la depresión como pérdida del placer o disminución del interés en sus actividades usuales, incluso el sexo.
- Un elemento crucial para el diagnóstico es que el episodio debe representar un cambio evidente del nivel usual de desempeño de la persona. Si el paciente no lo identifica (algunos están demasiado enfermos para prestar atención o demasiado apáticos para preocuparse), la familia o los amigos pueden informar si han percibido ese cambio.

Duración

El paciente debe haberse sentido mal la mayor parte del día, casi todo el día, por lo menos dos semanas. Este requisito se incluye para asegurar que los episodios depresivos mayores se diferencian de los cuadros transitorios de “abatimiento” que casi todos desarrollamos en ocasiones.

Síntomas

Las dos semanas mencionadas, el paciente debe presentar al menos cinco de los síntomas que se señalan a continuación en negritas. Estos cinco deben incluir depresión del estado de ánimo o anhedonia, y las manifestaciones en general deben indicar que el individuo tiene un desempeño más bajo que antes. El estado de ánimo deprimido se explica por sí mismo; la anhedonia es casi universal entre los pacientes deprimidos. Estos síntomas pueden considerarse si el paciente los refiere o si otros observan que suceden.

Muchos pacientes pierden apetito y peso. Más de tres cuartas partes refieren problemas para dormir. Por lo general, despiertan temprano en la mañana, mucho antes de que deban levantarse. Sin embargo, algunas personas comen y duermen más de lo usual; casi todos estos pacientes se catalogarán bajo el especificador de características atípicas.

Los pacientes deprimidos suelen acusar fatiga, que refieren como cansancio o disminución de la energía. Su expresión oral o movimientos físicos pueden mostrar lentitud; en ocasiones se identifica una pausa marcada antes de responder a una pregunta o iniciar una acción. Esto se denomina enlentecimiento psicomotor. El lenguaje puede mostrar un volumen muy bajo, en ocasiones inaudible. Algunos pacientes sólo dejan de hablar, excepto en respuesta a una pregunta directa. En un extremo, puede haber mutismo total; en el otro, algunos pacientes deprimidos se sienten tan ansiosos que desarrollan agitación. La agitación puede expresarse mediante sudoración de las manos, caminar de un lado a otro de modo constante o incapacidad para mantenerse quieto al estar sentado. La capacidad de los pacientes deprimidos para evaluarse de manera objetiva se desploma; esto se revela como una autoestima baja o culpa. Algunos individuos desarrollan dificultad para la concentración (real o percibida) tan intensa que en ocasiones pudiera diagnosticarse de manera errónea como demencia. Los síntomas depresivos más graves de todos son las ideas de muerte, los deseos de muerte y las ideas suicidas, puesto que existe un riesgo real de que la persona actúe con éxito. Para considerarse como un síntoma de un episodio depresivo mayor según el DSM-5, los comportamientos que se mencionan deben ocurrir casi a diario. Sin embargo, las ideas de muerte o suicidio sólo necesitan ser “recurrentes”. Un solo intento de suicidio o un plan de suicidio específico también califican.

Existen tres situaciones en las que no debe contabilizar un síntoma para el diagnóstico de episodio depresivo mayor:

1. Un síntoma es explicado completamente por otra afección médica. Por ejemplo, no se tomaría en cuenta la fatiga en un paciente que está recuperándose de una cirugía mayor; en esa situación, usted espera la presencia de fatiga.
2. Un síntoma deriva de ideas delirantes o alucinaciones incongruentes con el estado de ánimo. Por ejemplo, no cuente el insomnio que ocurre en respuesta a la alucinación de voces que mantienen al paciente despierto durante toda la noche.
3. Sentimientos de culpa o falta de valía que se desarrollan debido a que el paciente se encuentra demasiado deprimido para cumplir sus responsabilidades. Este tipo de sentimientos son demasiado comunes en la depresión para tener algún peso diagnóstico. De preferencia, buscar sentimientos de culpa que se encuentren muy

alejados de los límites de lo que es razonable. Un ejemplo extremo: una mujer piensa que su maldad causó las tragedias del 9/11.

A pesar de la intensidad o la duración de los síntomas, el episodio depresivo mayor no suele diagnosticarse cuando hay uso de sustancias con relevancia clínica o alguna afección médica general que pudiera inducir la sintomatología.

Características clínicas o esenciales del episodio depresivo mayor

Estas personas se sienten miserables. Casi todas ellas se sienten tristes, abatidas, deprimidas o con algún sentimiento similar; sin embargo, algunas insisten en que sólo perdieron el interés en casi todas las actividades que antes amaban. Todas aceptan distintos síntomas más, como fatiga, incapacidad para concentrarse, sentimientos de poca valía o culpabilidad y deseos de muerte o pensamientos de suicidio. Además, tres áreas sintomáticas pueden mostrar aumento o disminución respecto de lo normal: sueño, apetito/peso y actividad psicomotriz (para cada una de ellas, la imagen clásica es la disminución a partir de lo normal, en apetito, por ejemplo, aunque algunos pacientes “atípicos” refieren aumento)

F34.1 [300.4] Trastorno depresivo persistente (distimia)

La afección que se analiza aquí recibe distintos nombres: trastorno distímico, distimia, depresión crónica y ahora trastorno depresivo persistente. Cualquiera que sea la forma en que estos pacientes muestran realmente una depresión crónica.

Criterios Diagnósticos

Por periodos de varios años, manifiestan muchos de los mismos síntomas que se identifican en los episodios depresivos mayores, como abatimiento del estado de ánimo, fatiga, desesperanza, dificultad para concentrarse y problemas con el apetito y el sueño. Pero observe lo que falta en esta lista de síntomas (y en los criterios): sentimientos inapropiados de culpa e ideas de muerte o suicidas. En resumen, la mayor parte de estos pacientes padece una

afección prolongada, pero también relativamente leve. A lo largo de la vida, quizá 6% de los adultos padece distimia; a menudo las mujeres resultan doblemente afectadas en comparación con los varones. Si bien puede iniciar a cualquier edad, es rara su aparición tardía; el caso clásico surge de manera tan discreta y en una fase tan temprana de la vida que algunos pacientes consideran que su estado de ánimo abatido habitual es, digamos, normal. En el pasado distante, los clínicos consideraban que estos individuos tenían personalidad depresiva o neurosis depresiva. Los pacientes distímicos sufren en silencio, y su discapacidad puede ser sutil: tienden a invertir gran parte de su energía en el trabajo y menos en los aspectos sociales de la vida. Puesto que no parecen tener discapacidad intensa, son capaces de continuar sin tratamiento hasta que sus síntomas se intensifican y se convierten en un episodio depresivo mayor que se diagnostica sin dificultad. Éste es el destino de muchos, quizá el de la mayor parte, de los pacientes distímicos. En 1993, este fenómeno se registró en un libro que llegó a la lista de los más vendidos de The New York Times: Escuchando al Prozac. Sin embargo, la respuesta impresionante al medicamento que el libro refería de ninguna manera se limita a un fármaco.

Características clínicas esenciales del trastorno depresivo persistente (distimia)

“Depresión de bajo grado” es como a menudo se describen estos síntomas, que se identifican durante la mayor parte de un periodo de dos años (nunca desaparecen más de dos meses seguidos). Algunos pacientes ni siquiera están conscientes de que están deprimidos, aunque otros pueden verlo. Reconocen síntomas como fatiga, problemas para concentrarse o tomar decisiones, autoimagen pobre y sensación de desesperanza. El sueño y el apetito pueden aumentar o disminuir. Es posible que cubran los requisitos completos para un episodio depresivo mayor, pero el concepto de manía es ajeno a ellos.

F34.8 [296.99] Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDPEA)

El trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDPEA), pone en un apuro los extremos de la niñez.

Criterios Diagnósticos

La mayoría de los niños pelea entre sí, pero el TDPEA amplía el alcance y la intensidad de la batalla. Las provocaciones menores (poco queso en un emparedado, la playera favorita en la lavadora) pueden hacer que estos niños pierdan por completo el control. En un estallido temperamental, pueden amenazar o abusar emocionalmente de sus hermanos (y progenitores). Algunos pueden negarse a cumplir con sus obligaciones, las tareas escolares o incluso la higiene básica. Estos estallidos ocurren en promedio cada dos días, y entre ellos, el estado de ánimo del niño se muestra negativo: deprimido, iracundo o irritable. Su comportamiento los coloca en una desventaja social, educativa y emocional enorme. Las calificaciones bajas del desempeño reflejan la problemática que tienen para interactuar con compañeros, maestros y parientes. Requieren atención constante de sus progenitores, y si van a la escuela, en ocasiones necesitan cuidadores para garantizar su propia seguridad y la de los otros. Algunos sufren una ira tan intensa que quienes se encuentran a su alrededor realmente temen por sus vidas. Incluso los síntomas relativamente leves pueden hacer que los niños pierdan muchas de las experiencias normales de la niñez, como las invitaciones para juegos y fiestas. En una muestra, una tercera parte había sido hospitalizada. Quizá no menos de 80% de los niños con TDPEA también cubrirán los criterios para el trastorno desafiante por oposición, en cuyo caso usted sólo diagnosticaría TDPEA. El diagnóstico es más común en niños que en niñas, lo que lo hace diferir de casi todo el resto de los trastornos del estado de ánimo, si bien lo pone justo en línea con la mayor parte de los trastornos propios de la niñez. Aunque los criterios oficiales del DSM-5 nos recuerdan no establecer el diagnóstico antes de los seis años, estudios limitados encontraron que es más frecuente en niños en edad preescolar. Y necesita diferenciarse de la rebelión propia de la adolescencia: los adolescentes se encuentran en un periodo de transición donde son comunes los síntomas del estado de ánimo. La pregunta ha sido formulada: ¿por qué el TDPEA no se incluyó en el mismo capítulo que los trastornos desintegradores, del control de impulsos y de la conducta? Por supuesto, el ímpetu original era dar a los clínicos una alternativa al trastorno bipolar I relacionada con el estado de ánimo. Sin embargo, la característica notable del comportamiento depresivo persistente (o irritable) durante toda la evolución de la enfermedad parece razón suficiente para darle un sitio al lado de otros trastornos del estado de ánimo. En

parte debido a que este diagnóstico está diseñado para niños, pero más que nada porque en realidad me preocupa la validez de una formulación recién preparada y poco estudiada

Características clínicas o esenciales del trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

Durante al menos un año, varias veces por semana, con una provocación ligera el niño desarrolla berrinches intensos –gritar o atacar a alguien (o algo)– que resultan inapropiados según la edad y el estado de desarrollo del paciente. Entre estos estallidos, el niño parece sobre todo iracundo, malhumorado o triste. Los ataques y los estados de ánimo entreverados ocurren en situaciones diversas (hogar, escuela, con amigos). Estos pacientes carecen de episodios maníacos

N94.3 [625.4] Trastorno disfórico premenstrual

Los síntomas premenstruales de diversos grados afectan a cerca de 20% de las mujeres en edad reproductiva. La variedad grave, el trastorno disfórico premenstrual (TDP), afecta a 7% de las mujeres e inicia con frecuencia durante la adolescencia. Durante los años reproductivos, estos síntomas aparecen quizá durante una semana en cada ciclo menstrual.

Criterios Diagnósticos

Estas mujeres refieren grados diversos del estado de ánimo disfórico, fatiga y síntomas físicos, que incluyen hipersensibilidad mamaria, ganancia ponderal y distensión abdominal. Su diferenciación del episodio depresivo mayor y la distimia depende principalmente del momento en que ocurren y la duración. Las consecuencias del TDP pueden ser graves: una paciente de este tipo podría experimentar síntomas del estado de ánimo durante un total de ocho años a lo largo de su vida reproductiva. Algunas pacientes tal vez no estén conscientes de la intensidad con que su ira y otros estados de ánimo negativos afectan a quienes les rodean, y muchas sufren de depresión grave; quizá 15% intenta el suicidio. Aun así, la paciente típica no recibe tratamiento sino hasta llegar a los 30 años, y a veces incluso después.

Los síntomas pueden empeorar en la mujer mayor, si bien la menopausia ofrece un punto final natural (su duración en ocasiones se prolonga por la terapia de restitución hormonal). En general, esta afección ocupa un sitio sobresaliente entre los trastornos mentales con subdiagnóstico intenso. Entre los factores de riesgo para el TDP se encuentran el peso excesivo, el estrés y el trauma (lo que incluye el antecedente de abuso); al parecer existe un componente genético fuerte. Los cuadros comórbidos son trastornos de ansiedad y otros trastornos del estado de ánimo como las afecciones bipolares.

Características clínicas o esenciales del trastorno disfórico premenstrual

Algunos días antes de la menstruación, la paciente experimenta oscilaciones pronunciadas del estado de ánimo, depresión, ansiedad, ira u otras expresiones de disforia. También acepta cursar con síntomas característicos de depresión, entre otros, problemas para concentrarse, pérdida del interés, fatiga, sensación de pérdida del control y cambios del apetito o el sueño. Puede tener síntomas físicos como hipersensibilidad mamaria, dolor muscular, ganancia ponderal y sensación de distensión abdominal. Poco después de iniciada la menstruación, recupera la normalidad.

Trastornos del estado de ánimo debidos a otra afección médica

Muchas afecciones médicas pueden causar síntomas depresivos o bipolares, y resulta vital considerar siempre las etiologías físicas al valorar un trastorno del estado de ánimo. Esto no debe a que son tratables; con las alternativas terapéuticas actuales, la mayor parte de los trastornos del estado de ánimo es muy sensible al tratamiento. Se debe también a que algunas afecciones médicas generales, si no reciben un manejo adecuado durante un tiempo largo, generan por sí mismas complicaciones graves, incluso la muerte. Y no son pocas las que producen síntomas de manía. Mencioné algunas en el cuadro “Trastornos físicos que afectan el diagnóstico mental”, en el Apéndice, pero esa información de ninguna manera es completa.

Criterios Diagnósticos

La afección médica tiene que haber sido la causa directa y fisiopatológica de los síntomas bipolares o depresivos. Una relación causal psicológica (p. ej., resulta comprensible que un paciente se sienta terriblemente mal después de decirle “es cáncer”) no cuenta, excepto como un precipitante potencial de un trastorno de adaptación.

Características clínicas o esenciales del trastorno depresivo debido a otra afección médica

Una afección médica de tipo físico parece haber causado que un paciente experimente gran depresión del estado de ánimo o pérdida del interés o el placer en casi todas las actividades.

Trastornos del estado de ánimo inducidos por sustancias/medicamentos

El consumo de sustancias es en particular una causa frecuente del trastorno del estado de ánimo. La intoxicación con cocaína o anfetaminas puede precipitar síntomas de manía, y la depresión puede derivar de la abstinencia de cocaína, anfetaminas, alcohol o barbitúricos.

Criterios Diagnósticos

Observe que para sostener el diagnóstico, debe verificarse en proximidad a un episodio de intoxicación o abstinencia de la sustancia, el cual a su vez debe ser capaz de explicar los síntomas. Es evidente que la depresión puede presentarse por el consumo inapropiado de alcohol y drogas ilegales (como lo señala el DSM-5, aproximadamente 40% de los individuos con trastorno por consumo de alcohol desarrolla episodios depresivos, de los cuales quizá la mitad son eventos causados por alcohol, no independientes). Sin embargo, incluso los profesionales de la atención de la salud pueden no reconocer los trastornos del estado de ánimo inducidos por medicamentos.

Características clínicas o esenciales del trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamento

El consumo de alguna sustancia parece haber provocado que el paciente experimente un estado de ánimo con depresión intensa y persistente o la pérdida del interés en sus actividades usuales.

F32.8 [311] Otro trastorno depresivo especificado

Utilice otro trastorno depresivo especificado de la misma manera que se describe antes para otro trastorno bipolar especificado y relacionado. El DSM-5 presenta los siguientes ejemplos de otro trastorno depresivo especificado:

Criterios Diagnósticos

Depresión breve recurrente. Cada mes durante 12 meses o más, con duración de 2 a 13 días por periodo, estos pacientes presentan abatimiento del estado de ánimo, además de al menos cuatro síntomas distintos de depresión que no se relacionan con la menstruación. Los pacientes nunca han cubierto los criterios para algún otro trastorno del estado de ánimo y no han mostrado psicosis.

Episodio depresivo de corta duración. Estos pacientes cubrirían los criterios para el episodio depresivo mayor excepto por la duración: sus episodios perduran entre 4 y 13 días. Aquí está toda la historia: estado de ánimo depresivo; por lo menos cuatro síntomas depresivos mayores adicionales; tensión o disfunción con relevancia clínica; nunca han cubierto los criterios para otros trastornos del estado de ánimo; no presentan psicosis en la actualidad; y no cubren los criterios para otras condiciones.

Episodio depresivo con síntomas insuficientes. Estos pacientes cubrirían los criterios (duración, tensión) para una depresión mayor, excepto porque tienen muy pocos síntomas. No presentan otro trastorno psicótico o del estado de ánimo.

F32.9 [311] Trastorno depresivo no especificado

Al igual que para el trastorno bipolar no especificado y relacionado, cuando a usted no le interesa indicar la razón por la cual no establece un diagnóstico más seguro, puede recurrir a la categoría del trastorno depresivo no especificado. La ventaja: los trastornos del estado de ánimo “de etiología incierta” se han utilizado con tanta frecuencia en el pasado que su valor está minado.

Composición de aspectos biopsicosociales de la Depresión

A nivel mundial, aproximadamente 350 millones de personas, uno de cada diez adultos, sufre de depresión, y aproximadamente 60% de estos individuos no reciben la ayuda necesaria, a pesar de que el tratamiento disminuye los síntomas en más de 50% de los casos. Según las estimaciones, la prevalencia del trastorno depresivo mayor varía en todo el mundo, desde 3% en Japón hasta 16.9% en los Estados Unidos de América. Para los demás países, el trastorno depresivo tiene una prevalencia que va desde 8 a 12%. Este trastorno afecta, aproximadamente, al doble de mujeres con respecto a los hombres. En México, el panorama es similar y los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del año 2005, muestran que, 8.8% de los mexicanos ha presentado, por lo menos, un cuadro depresivo en algún momento de su vida y, 4.8%, lo presentó en el transcurso del año previo a la encuesta, lo que da como resultado una elevada utilización de los servicios de salud y un descenso de la productividad laboral. Para Yucatán, se observa que alrededor de 5% de las mujeres y 2% de los hombres presentan cuadros depresivos (Pérez-Padilla et al., 2017).

Revela Pérez-Padilla et al., (2017) que la depresión puede llevar al suicidio, una muerte trágica asociada a la pérdida de alrededor de 850.000 vidas cada año. Para México, más de la mitad de los suicidios son consumados por personas con trastornos depresivos. Entre los años 2000 y 2013, la tasa de suicidios presentó un incremento, ya que se elevó de 3.5 a 4.9 suicidios por cada 100 mil habitantes. Las diferencias por sexo son perceptibles, siendo la tasa de mortalidad por esta causa de 8.1 por cada 100 mil hombres y de 1.7 suicidios por cada

100 mil mujeres. En este estudio se reportó que, en el año 2013, Yucatán obtuvo una tasa de suicidios de 7.3 casos por cada 100 mil habitantes, que lo coloca, según las estadísticas, en los primeros lugares del país, muy por arriba de la media nacional.

La etiología de la depresión mayor es compleja, puede tener un origen genético, fisiológico u hormonal o ser provocada por condiciones de estrés y / o factores psicológicos y sociales. Las primeras investigaciones se centraron en las aminas biogénicas (serotonina, norepinefrina y dopamina), en gran parte por el mecanismo de acción de los antidepresivos. Posteriormente, se reportó un mayor riesgo para las personas de desarrollar el trastorno depresivo por la interacción de la vulnerabilidad genética con el ambiente. Adicionalmente, existe evidencia que relaciona el estrés crónico con el trastorno depresivo, lo que ocasiona un deterioro de las neuronas que les impide hacer las adaptaciones apropiadas para el funcionamiento normal del sistema nervioso central (Pérez-Padilla et al., 2017).

Otro estudio realizado en Chile (Benjamín et al., 2016), se pudo determinar que los factores psicosociales sexo, nivel educacional, antecedente personal de depresión, peor percepción de salud física y mental. Asimismo, los factores satisfacción con la relación de pareja y con las condiciones de vida aparecen como variables asociadas a riesgo de presentar depresión. Sin embargo, los dos factores genéticos estudiados no muestran una relación con la incidencia de depresión en la muestra, lo que resulta distinto a lo observado en otros estudios, en que el polimorfismo uMAOA se encontró relacionado con la presencia de depresión y el polimorfismo el 5-HTTLPR del transportador de serotonina que también mostró ser un factor de riesgo de depresión.

Los estudios familiares en el ámbito de la genética cuantitativa han demostrado que la depresión es un trastorno que presenta agregación familiar, con tasas de heredabilidad estimada en torno a 40%. Los estudios de gemelos y de adopción también apoyan la existencia de un componente hereditario o genético en la etiología de la depresión. El transportador de serotonina (*SLC6A4*) es un gen candidato para la depresión, ya que desempeña un papel clave en la neurotransmisión serotoninérgica y su producto proteico es el blanco terapéutico para la mayoría de los fármacos antidepresivos. Uno de los

polimorfismos descritos en este gen es el 5-HTTLPR, consiste en una inserción/delección de 43 pb en la región del promotor del gen. Su variante corta (alelo s) estaría asociado a la disminución de la eficiencia de la transcripción del gen, resultando en una disminución de la expresión del transportador de serotonina en la neurona, se dice además que influye en la poca eficacia de los tratamientos antidepresivos (Rojas, 2015).

Berenzon, (2013) en su estudio: Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México, declara que, en población mexicana, entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan:

- a) Ser mujer (más aún si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo;
- b) Tener un bajo nivel socioeconómico (por la mayor exposición a las vicisitudes de la pobreza);
- c) Estar desempleado (sobre todo en los hombres);
- d) El aislamiento social;
- e) Tener problemas legales;
- f) Tener experiencias de violencia;
- g) Consumir sustancias adictivas, y
- h) La migración.

Caso clínico “Re” Depresión

Se trata de un paciente masculino, de 70 años de edad aparente, de complexión robusta, estatura mediana, con lenguaje claro, coherente que relata sus vivencias acerca de su proceso de enfermedad a la que se refiere como depresión, manifiesta haber presentado:

Signos y síntomas del caso presentado

1. Inquietud
2. Ansiedad que en ocasiones refiere ser percibida en el estómago
3. Malestar

4. Apatía mostrando desinterés por las cosas, llegando al abandono de hábitos de higiene
5. Tristeza
6. Astenia, expresada por decaimiento

Factores biopsicosociales del caso

Todo lo anterior muestra un cuadro depresivo generado por el cambio de actividad laboral, lo que además le generó estrés, el cual es un factor importante que favorece la depresión. El eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal (HHS) es el sistema neuroendocrino que permite al organismo enfrentarse al estrés mediante una respuesta fisiológica adecuada. En caso de estrés agudo, se pone en marcha una cascada molecular a lo largo de este eje que conduce, entre otros, a la secreción de adrenalina y cortisol. Esta última hormona desempeña un papel de control, al permitir un retorno a la normalidad del sistema y una detención de esta sensación de estrés (Nestler, 2022)

El eje HPA es hiperactivo en la depresión, debido a factores genéticos o debido a estímulos aversivos que pueden ocurrir durante el desarrollo temprano o la vida adulta. Al menos cinco sistemas peptidérgicos hipotalámicos que interactúan están involucrados en los síntomas de la depresión mayor. El aumento de la producción de vasopresina en la depresión no solo ocurre en las neuronas que colocan la CRH, sino también en las neuronas del núcleo supraóptico (SON), lo que puede conducir a un aumento de los niveles plasmáticos de vasopresina, que se ha relacionado con un mayor riesgo de suicidio. El aumento de la actividad de las neuronas de oxitocina en el núcleo paraventricular (PVN) puede estar relacionado con los trastornos alimentarios en la depresión (Swaab, 2005).

Sin embargo, en caso de estrés crónico, las anomalías de la regulación de la respuesta al estrés asociadas a los efectos negativos de una cantidad demasiado elevada de cortisol sobre las neuronas del hipocampo (región del cerebro implicada en la cognición y las emociones) pueden producir modificaciones psicológicas y comportamentales, y favorecer con ello un estado depresivo.

La hormona liberadora de corticotropina (CRH) juega un papel central en la regulación del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal (HPA), es decir, la vía final común en la respuesta al estrés. La acción de la CRH sobre la liberación de ACTH está fuertemente potenciada por la vasopresina, que se coproduce en cantidades crecientes cuando las neuronas hipotalámicas paraventriculares se activan de forma crónica. Mientras que la vasopresina estimula la liberación de ACTH en humanos, la oxitocina la inhibe. La liberación de ACTH da como resultado la liberación de corticosteroides de las suprarrenales que, posteriormente, a través de los receptores de mineralocorticoides y glucocorticoides, ejercen una retroalimentación negativa sobre, entre otras cosas, el hipocampo, la hipófisis y el hipotálamo. El glucocorticoide más importante en humanos es el cortisol, presente en niveles más altos en mujeres que en hombres. Durante el envejecimiento, la activación de las neuronas CRH es modesta en comparación con la activación adicional observada en la enfermedad de Alzheimer (EA) y el aumento aún más fuerte en la depresión mayor (Swaab, 2005).

Una vez analizado la CIE-10 se plantean los siguientes Diagnósticos Diferenciales:

1. Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
2. Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
3. Episodio depresivo moderado

Atendiendo al DSM 5

Podríamos estar ante un:

F32.8 [311] Otro trastorno depresivo especificado, particularmente, Depresión breve recurrente.

F32.9 [311] Trastorno depresivo no especificado

Se concluye que, por las características sintomatológicas, la duración, los factores biopsicosociales asociados la **Impresión Diagnóstica es:** Episodio Depresivo Moderado

Referencias

- Berenzon, Shoshana, Lara, María Asunción, Robles, Rebeca, & Medina-Mora, María Elena. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80. Recuperado en 14 de septiembre de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342013000100011&lng=es&tlng=es.
- Botto, Alberto, Acuña, Julia, & Jiménez, Juan Pablo. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile*, 142(10), 1297-1305. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>
- Morrison, James. (2014) DSM-5: guía para el diagnóstico clínico / James Morrison ; traductor Gabriela Enríquez Cotera. – 1ª Edición. Edit. El Manual Moderno. México. Nestler, E. J., Barrot, M., DiLeone, R. J., Eisch, A. J., Gold, S. J., & Monteggia, L. M. (2002). Neurobiology of depression. *Neuron*, 34(1), 13–25. [https://doi.org/10.1016/s08966273\(02\)00653-0](https://doi.org/10.1016/s08966273(02)00653-0)
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10a. revisión. Washington, D.C
- Pérez-Padilla, Elsy Arlene, Cervantes-Ramírez, Víctor Manuel, Hijuelos-García, Nayeli Alejandra, Pineda-Cortés, Juan Carlos, & Salgado-Burgos, Humberto. (2017). Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. *Revista biomédica*, 28(2), 73-98. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v28i2.557>
- Rojas, Romina, Vicente, Benjamín, Saldivia, Sandra, Melipillán, Roberto, Aedo, Geraldine, Hormazabal, Naín, & Carroza, Ana. (2015). Asociación entre los polimorfismos 5HTTLPR, uMAOA y depresión en una cohorte de pacientes de atención primaria. *Revista médica de Chile*, 143(10), 1252-1259. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015001000003>
- Swaab, D. F., Bao, A. M., & Lucassen, P. J. (2005). The stress system in the human brain in depression and neurodegeneration. *Ageing research reviews*, 4(2), 141–194. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2005.03.003>
- Vicente P, Benjamín, Rojas P, Romina, Saldivia B, Sandra, Pérez V, Cristhian, Melipillán A, Roberto, Hormazabal P, Nain, & Pihan V, Rolando. (2016). Determinantes

biopsicosociales de depresión en pacientes atendidos en Centros de Atención Primaria de Concepción, Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 54(2), 102-112. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272016000200004>

MANEJO DEL TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ANTISOCIAL/ABUSO EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Hay heridas que nunca se ven en el cuerpo y que son más profundas y dolorosas que cualquiera que sangre

Laurell K. Hamilton

Introducción

El consumo de sustancias psicoactivas en la actualidad se ha convertido en un problema de países tanto desarrollados como en vía de desarrollo, su alta demanda ha generado un mercado incontrolable por parte de los diferentes gobiernos, lo cual representa un fenómeno social, afectando principalmente a los adolescentes, ante ello, el o la joven tiene en sus manos la decisión de consumirla o abstenerse, siendo la familia uno de los factores más importante para tal decisión. Lo anterior se ve comprometido por el grado de vulnerabilidad que poseen, por lo que se puede asegurar que dicha vulnerabilidad es el resultado final de un conjunto de factores que pueden moderar positiva o negativamente el consumo y puede estar ligada a los cambios sociales, culturales, políticos y económicos que están siendo percibidos en la esfera global, conllevando a la adopción de diferentes comportamientos y actitudes de riesgo (Rojas, 2020).

La adolescencia (10-19 años) es un período formativo muy particular y, aunque se supone que la mayoría de los y las adolescentes poseen salud mental, los diversos cambios que ocurren en el organismo, tanto físicos, como emocionales y sociales, exponen a los individuos a riesgos como pobreza, abuso y violencia, colocándolos en condiciones de vulnerabilidad para el desarrollo de problemas de salud mental (Marques-Caraveo y Pérez- Barrón, 2020).

El consumo de drogas legales e ilícitas es una problemática que trae consigo innumerables factores de riesgo y factores protectores, las cuales bajo influencias inconscientes llevan a conductas anormales en las personas. Los factores de riesgo y los factores de protección, relacionados con este fenómeno, según Rojas (2020), aparecen en la adolescencia, considerado éste como un momento crucial en la adquisición de las conductas, debido a que,

en esa etapa, por ser parte de la etapa evolutiva, se relaciona de manera importante con el consumo de las sustancias psicoactivas.

En este capítulo, se describe un caso de un joven que consume sustancia, resumiendo de dicho caso los puntos más relevantes, posteriormente, se hará un encuadre sobre los factores protectores y de riesgo en salud mental, destacando su importancia y relacionándolo con el caso, se incluye un análisis de los factores de riesgo y la identificación de los factores protectores, a partir de ello se desarrollarán un grupo de estrategias de intervención utilizadas para el abordaje, lo que dará paso a un Plan de Acción en función del caso y por último las conclusiones y bibliografía.

Descripción del Caso

Resumen del caso

Se trata de un paciente masculino de 18 años de edad que cursa el 1º de bachillerato en un centro privado, acude al programa de prevención indicada para adolescentes y familias, Soporte de Proyecto Hombre Madrid.

Sus padres solicitan ayuda por el consumo de drogas de su hijo, describiendo además que tiene conductas de agresión hacia ellos en diversas ocasiones y también fuera del hogar, además de haber sido detenido por robo con violencia, situaciones de las cuales no muestra percepción alguna.

Antecedentes

A la entrevista, la familia refiere que el adolescente durante su infancia, fue muy hiperactivo, sin haber sido diagnosticado, pese a haber tenido tratamiento psicológico, con problemas de conductas en el colegio, los cuales la madre se lo atañía a los maestros, sin embargo con los datos que aportan se podría estar hablando de un trastorno negativista desafiante, se le detectó dislexia cuando cursaba el tercero de primaria.

Se denota una madre sobreprotectora, considerando lo mejor que ha hecho en su vida porque es muy guapo, con relación muy estrecha hasta que inició con el consumo de drogas, , con respecto al padre, es rechazado por el adolescente, considerándolo incapaz de enfrentarse a él.

Inició el consumo de drogas a los 13 años, ha repetido dos cursos, ha pasado por 6 o 7 colegios, entre ellos dos internados por problemas de conducta de los cuales fue expulsado por conductas violentas y tráfico de sustancias. Las tareas que le solicitan para aprobarlo exige que las realice su padre, de no conseguir su objetivo por no tenerlas en tiempo o no obtener los resultados esperados, insulta y humilla al padre. Simultáneamente ha estado en trabajos donde dura muy poco tiempo, por considerarlos no dignos para él.

Se intentó trabajo terapéutico, teniendo que desestimarse por su conducta, muestra modificaciones a partir de que su padre lo enfrenta y lo corre de la casa, situación que cambia cuando es recibido nuevamente en la casa.

Antecedentes familiares

Padre: en el momento presenta sintomatología depresiva, conducta autolítica.

Madre: mismas conductas del padre, ambos en presencia del psicólogo que lleva el caso; se encuentra en tratamiento por psiquiatría por presentar síntomas de trastornos límite de la personalidad, con expresiones de celos en la atención de la psicóloga de su esposo.

Hermana: cursa por un proceso de angustia, atribuido, según ella al miedo que pasa con su hermano, refiriendo que la hace sufrir.

Bisabuela materna: esquizofrenia

Abuelo materno: trastorno límite de la personalidad.

Familia paterna: diferentes casos de trastornos depresivos.

Estudios realizados

SCL 90 – R de Derogatis: puntúa de manera muy alta rasgos de obsesión – compulsión, hostilidad, ideación paranoide y psicoticismo.

Escala de psicopatía de Hare: puntuación de 34 clasificándolo dentro del perfil de psicópata, obteniendo 20 de 22 puntos posibles en rasgos centrales de psicopatía y 14 de 18 en rasgos de inestabilidad.

Situación actual

El adolescente solicita la intervención del centro para que no sea condenado e ingresado a prisión, con la emisión de opiniones positivas acerca de su conducta, además de justificar el delito cometido con manifestaciones de engaño y ocultar información ante la justicia.

El adolescente es consumidor de tabaco, alcohol y cannabis, además de cocaína los fines de semana.

Presenta manifestaciones psiquiátricas muy variadas, tanto centrales como estructurales, apegadas a criterios de trastorno de la personalidad con síntomas del grupo B que pueden ir desde un trastorno de la personalidad antisocial, límite, histriónico o narcisista, así como criterios de un trastorno dismórfico corporal (F 45.5) denotado por trastornos en la piel de su rostro.

Su relación en el hogar es muy disfuncional, en la cual adopta una conducta tiránica, exigiendo atención inmediata, que se le provea de todo cuanto necesite, como es rompa siempre limpia y planchada, pide que se le compre crema para granos que refiere tiene en la cara y que son imperceptible para los demás, cuando se le lleva la contraria se vuelve agresivo, rompe mobiliario y puerta.

ID. Trastorno de la personalidad antisocial/Abuso en el consumo de sustancias

Encuadre sobre los factores protectores y de riesgo en salud mental

El consumo de sustancias en los adolescentes y jóvenes menores de 24 años de edad constituye un problema de salud pública de gran relevancia en los diferentes países; diferentes organizaciones públicas y privadas han realizado acciones para indagar esta problemática de salud; asimismo, la bibliografía científica reporta asociaciones entre el consumo nocivo de sustancias de abuso y otros problemas biopsicosociales y trastornos mentales (Tena-Suck et al., 2018). El caso clínico que se presenta coincide con lo descrito en este estudio.

El caso que se presenta es un varón de 18 años de edad; existen estudios que apuntan que los adolescentes y jóvenes, son un grupo con mayor vulnerabilidad y riesgo para el consumo de sustancias, llevándolos a problemas biopsicosociales, refiriendo que influye en ellos, la compleja interacción de múltiples situaciones desde el punto de vista biopsicosocial, como es la inmadurez biológica, lo que los lleva a conductas impulsivas y temerarias, así como errores de juicio. Estos factores pueden ser individuales entre los que se describen los genéticos y de desarrollo neurobiológico, familiares y medioambientales, dado por un ambiente favorable para conseguir y consumir sustancias (Tena-Suck et al., 2018). El adolescente objeto de estudio presenta todas estas situaciones que le son desfavorable para poseer recursos protectores.

En relación al desarrollo neurobiológico, aunado a las alteraciones motivacionales y hedónicas, el caso ha mostrado déficits en el funcionamiento ejecutivo, específicamente, en la capacidad para inhibir conductas y valorar las consecuencias de sus actos, traducido en la pérdida del autocontrol ante comportamientos riesgosos o autodestructivos y la tentación de consumir (Sequeira-Cordero et al., 2022). Las conductas de agresión hacia los padres y otras personas hacen que se muy marcado su déficit en su desarrollo neurobiológico.

El rol que juega la familia es un factor universalmente aceptado como determinante en el sentido de evitar, prevenir o por el contrario favorecer el consumo de sustancias estupefacientes o psicotrópicas a los hijos, la dinámica familiar, la formación de valores que marcan patrones de comportamiento, las habilidades sociales que se generan desde la seguridad y autoconfianza en los niños, dentro del núcleo familiar, son potencialmente determinantes en la evitación o riesgo de consumo de sustancias; Según Ruiz et al. (2014), la

ausencia de normas familiares sobre el uso de drogas, los conflictos entre los padres y el adolescente y el consumo de alcohol por parte del padre, son factores predisponentes. Todo lo anterior se encuentra afectado, el adolescente responde mejor cuando el padre toma una actitud represiva hacia él, al poner normas, límites y sanciones a su hijo, resistiendo amenazas e intentos de agresión.

Relaciones cálidas con la madre, el padre o ambos y la adecuada supervisión familiar al adolescente son factores protectores contra el inicio del consumo de sustancias. Aunque los padres influyen en el consumo de sustancias de abuso, la influencia de hermanos, compañeros y amigos es mayor (Tena-Suck et al., 2018).

Por otra parte el medio social en que se desarrolla el adolescente también es otro factor importante, centrado en la interacción dinámica de dicho entorno, sobre todo cuando existe un distanciamiento del adolescente o joven de la familia y del entorno escolar, interviniendo las habilidades sociales con que cuenta la persona, su autoestima, entre otros, que de estar fortalecidos pueden evitar que se consuma sustancia, de lo contrario su ausencia o debilidad son, potencialmente, factores de riesgo (Sánchez-Sosa et al., 2014).

Diferentes estudios apuntan a la relación que existe entre el consumo de sustancias y los trastornos de la personalidad, situación que coincide con el caso que se presenta en este trabajo, al considerar que el adolescente, su principal diagnóstico pertenece al eje II Trastorno de la Personalidad del grupo B.

Análisis de factores de riesgo

Factores de riesgo				
Conductuales	Sociales	Familiares	Individuales	Relacionales
<p>Conducta agresiva en la niñez: Algunas de las señales de riesgo son evidentes desde la infancia o en la niñez temprana, tales como la conducta agresiva, la falta de autocontrol o un temperamento difícil. Cuando el niño crece, las interacciones con la familia, la escuela y la comunidad pueden influir en el riesgo de que usen</p>	<p>Grupo de amigo del que dispone: el contexto sociocultural resulta permisivo, las drogas adquieren significados de pertenencia e identidad y se utilizan para divertirse, socializar y sentirse acompañados (Ruiz et al., 2014)</p> <p>El consumo de drogas no dependerá exclusivamente de que existan factores de</p>	<p>Dinámica familiar disfuncional: Según Ruiz et al., (2014) apunta que entre los factores de riesgo está, pertenecer a familias disfuncionales, inseguridad de los padres, ambiente familiar negativo. Para todos es conocido que la familia juega un papel fundamental en el desarrollo del niño y el adolescente, la transmisión de valores, de</p>	<p>Ser adolescente La adolescencia es una etapa de la vida con múltiples cambios en el individuo, siendo muy común el apego a hábitos a prácticas inadecuadas, como lo es el consumo de drogas (Silva et al., 2021)</p> <p>Trastorno de la personalidad del grupo B: es uno de los diagnósticos más frecuentes en la comorbilidad</p>	<p>Inclusión en grupos favorables a la transgresión y con actitudes positivas hacia el consumo de drogas.</p> <p>Oportunidades para incurrir en conductas problemáticas.</p> <p>Exposición a modelos que manifiestan conductas de riesgo (amigos consumidores).</p> <p>Ineptitud para establecer relaciones personales.</p>

<p>drogas en el futuro</p>	<p>riesgo, sino también del individuo y de su entorno.</p>	<p>elementos de autoconfianza, autoestima y otros tantos más que se dan y crecen en el núcleo familiar son elementales para un buen funcionamiento de la persona adolescente.</p>	<p>de las adicciones, diferentes estudios han, revelan que existe una prevalencia de trastornos psiquiátricos en las personas que consumen alcohol (Santos-de Pascual et al., 2020)</p>	<p>Dificultad para identificarse con otros grupos no relacionados con el consumo.</p> <p>Escaso desarrollo de habilidades sociales.</p> <p>Sobreprotección de la madre: una problemática que afecta principalmente en los primeros años de vida escolar de los niños y niñas, obstaculizando el desarrollo del proceso de enseñanza aprendizaje, volviéndose en un factor limitante en el rendimiento académico, puesto que los</p>
----------------------------	--	---	---	---

				niños y niñas por presentar actitudes de maduración retrasada, nerviosismo, inseguridad y susceptibilidad, tienden a distorsionar el normal desenvolvimiento escolar (Anchundia y Navarrete (2021).
--	--	--	--	---

Identificación de factores protectores.

Factores protectores				
Conductuales	Sociales	Familiares	Individuales	Relacionales
Actitud positiva	Apoyo social.	Monitoreo	Autoestima estable	Tendencia al acercamiento
Buenas relaciones con los compañeros.	Áreas que favorezcan la convivencia	Relaciones afectivas.	Humor.	Compartir intereses y tiempo libre con personas positivas
Manejo de emociones	Promoción de actividades de servicio social y comunitario	Comunicación abierta y asertiva.	Ideales y proyecto de vida/sentido de la existencia.	Participación en grupos de carácter

				positivo (asociaciones, club deportivo...)
Expectativas claras	Cuidado y apoyo, sentido de “comunidad”	Estructura familiar con capacidad para superar las dificultades.	Habilidades para adaptarse al cambio	Modelos de amigos no consumidores o moderados drogas
Autocontrol	Buena relación con la comunidad	Aprecio y reconocimiento del padre hacia el hijo	Resiliencia	Capacidad crítica y desarrollo del criterio propio.

Estrategias para el abordaje de los factores de riesgo y de protección

Para abordar este tema, es imprescindible tener en cuenta alguno de los principios de la prevención de las adicciones que nombra la guía para el promotor de “Nueva Vida”, emitida por la Secretaría de Salud, durante el gobierno del Lic. Felipe Calderón Hinojosa:

Principio 1. Los programas de prevención deberán mejorar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo.

Principio 2. Los programas de prevención deben dirigirse a todas las formas de abuso de drogas, incluyendo el consumo de drogas legales (tabaco o alcohol) o ilegales (marihuana o heroína) y el uso inapropiado de sustancias obtenidas legalmente (inhalables), medicamentos de prescripción o de aquellos que no la necesitan.

Principio 3. Los programas de prevención deben dirigirse al tipo de problema de abuso de drogas en la comunidad local.

A partir de esto se logran describir estrategias de intervención, que se pueden desarrollar, en el abordaje de los factores de riesgo y de protección, encaminados a la familia, según Vilimelis et al., (2017), pueden ser:

Comunicación efectiva

A través de las palabras y pensamientos, nos comunicamos y reflexionamos, expresamos, y opinamos sobre lo que realmente nos interesa. Por tanto, según la calidad de comunicación que mantengamos, así será la calidad de la relación que obtengamos. Se deben poner en práctica principios como enseñar, aceptar, dirigir, pero, sobre todo, lograr un clima en el que podamos encontrarlo que realmente buscamos.

Nunca hay que dejarse llevar por el pánico, hay que afrontar la situación actuando con serenidad y no dramatizar. Y lo más importante es acudir al equipo de profesionales que ofrezcan orientación y asesoramiento para poder afrontar la situación con mayor seguridad.

Normas y límites

El establecimiento y cumplimiento de normas y límites en el contexto familiar, supone uno de los factores de protección más significativos para reducir la probabilidad de conductas de riesgo.

En este ámbito, los familiares deben establecer, aplicar y cumplir normas y límites; éstos deben ser razonables. El proceso de inculcar esas normas abarca desde permisividad hasta un control absoluto sobre sus actos. Entre un extremo y otro existe un modelo que deja espacio para la libertad, lo que promueve la capacidad de toma de decisiones y actuar de forma adecuada ante diferentes retos que se nos interponen día a día.

Intervención temprana

Cuanto antes se aborden los problemas por uso de sustancias, más probable será obtener mejores resultados para mejorar o retomar las distintas destrezas que se han ido abandonando

o perdiendo. Ese deterioro viene reflejado en el comportamiento que tiene nuestro/a familiar, pues ha adquirido una dependencia absoluta de la sustancia y por ello realiza conductas como aumento de la necesidad del dinero, búsqueda de traficantes, discusiones familiares, mostrarse cada vez más reservado, cambios bruscos de humor, insomnio, descuido del aspecto personal, manipulación para su beneficio, etc. Cuando existen sospechas de que esto está sucediendo, se deberán tratar estos temas mediante una correcta comunicación.

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES (World Health Organization, 2016)

Dentro de las intervenciones psicosociales podemos encontrar:

Psicoeducación: La cual consiste en hablar acerca del consumo de sustancias, lo que puede causar sentimientos de turbación o vergüenza en muchas personas. Se debe de usar siempre un enfoque libre de prejuicios cuando habla con las personas acerca del consumo de sustancias psicoactivas.

Si las personas se sienten juzgadas, pueden estar menos abiertas a hablar con usted. Trate de no expresar sorpresa ante toda respuesta dada.

Comunique de manera confiable que es posible detener o reducir el consumo peligroso o nocivo de alcohol y aliente a la persona a volver si desea abordar más afondo el problema.

La persona tiene mayores probabilidades de tener éxito en reducir o suspender el uso de sustancias si la decisión es suya.

Entrevista motivacional (intervención breve): Las intervenciones breves usando entrevistas motivacionales constituyen un método para tratar el consumo de sustancias sin prejuicios. Alientan a la persona a reflexionar acerca de sus propias opciones en cuanto al consumo. Pueden usarse como parte de un encuentro muy breve para abordar los riesgos o el uso perjudicial de sustancias. También se pueden usar como parte de un análisis más largo que abarque varias sesiones donde se abordan los patrones de dependencia del uso de sustancias; esto se denomina terapia de refuerzo motivacional. Durante el análisis, es

importante incluir todas las partes del proceso: expresar empatía y establecer una atmósfera de confianza, y también señalar las contradicciones en la descripción de los hechos y poner en tela juicio las creencias falsas. Evite discutir con la persona.

Debe sentir que el profesional está allí para apoyarla y no para criticarla. Si la persona no puede comprometerse a terminar su patrón perjudicial de consumo de sustancias en ese momento, analice por qué sucede esto, en lugar de forzar a la persona a decir lo que piensa que se espera que diga.

Estrategias para la reducción y la suspensión del consumo

Pasos para reducir o terminar el consumo de todas las sustancias: Si la persona está interesada en la reducción de su consumo de sustancias psicoactivas, aborde los siguientes pasos con ella.

- Identifique los factores desencadenantes del consumo y las formas de evitarlos. Por ejemplo: pubs/bares donde la gente está bebiendo o lugares donde la persona solía conseguir
- drogas, etc.
- Determine cuáles son las instigaciones emocionales al consumo y las formas de hacerles frente (por ejemplo, problemas en las relaciones, dificultades en el trabajo, etc.).
- Aliente a la persona a que no tenga sustancias en casa

Algunas de las intervenciones específicas comprensivas e integrales de reducción de riesgo y daños, según González y Roble, (2020), apuntan hacia el Enfoque de Prevención del Daño (PD), cuyo objetivo es mantener con vida a los individuos consumidores de sustancias y proteger su salud; entre las cuales tenemos:

- **Entrenamiento / Educación.**

Esta es una de las estrategias básicas en el enfoque de Reducción del Daño, contempla la psicoeducación y la difusión de mensajes para procurar condiciones higiénicas de consumo, la prevención de enfermedades infectocontagiosas, de sobredosis u otras condiciones

adversas. Estas intervenciones aprovechan cuanta oportunidad se presenta para educar a las personas que se inyectan drogas con respecto a los riesgos con que se enfrentan y los servicios que pueden ayudarlos a reducir dichos riesgos.

- **Intervenciones en albergues.**

Consisten en proporcionar alimentación y espacios para la higiene personal y descanso de los usuarios. Estos centros suelen acompañarse de servicios de salud básicos y de alternativas para referencia a tratamiento.

- **Intervenciones en centros nocturnos y festivales.**

Se llevan a cabo en espacios recreativos, mediante la instalación de stands para distribuir materiales informativos y brindar asesoría sobre la reducción de riesgos y daños (por ejemplo, sugerir no mezclar sustancias). En algunos casos, estas intervenciones implementan programas de análisis de sustancias, en los que, mediante el uso de cromatógrafos de masas, se identifica la composición química de las sustancias y se advierte al usuario sobre los riesgos potenciales en caso de estar adulteradas.

Plan de acción.

Objetivos

1. Fortalecer los factores protectores para disminuir el consumo de sustancias psicoactivas en el adolescente y sus efectos.
2. Mejorar la dinámica familiar, a través de la creación de lasos afectivos.
3. Fomentar las habilidades sociales
4. Disminuir los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales.
5. Disminuir la presencia y el consumo de sustancias con potencial adictivo y las adicciones comportamentales

Descripción de las actividades

- Actividades deportivas, culturales y educativas para el cuidado de la salud, accesibles.
- Pláticas informativas sobre los efectos de las drogas, factores de riesgo-protección e información para reducir riesgos y daños asociados al consumo de drogas.
- Talleres para fomentar valores, estrategias de autocuidado y habilidades para la vida.
- Talleres para reforzar competencias sociales y emocionales dirigidas a afrontar factores de riesgo y reducir los riesgos asociados al consumo de drogas.
- Talleres de orientación para los padres y familia, en torno a habilidades parentales, estilos de crianza, comunicación familiar y de pareja, expresión afectiva, identificación y atención del consumo de drogas en la familia.
- Consejería breve a fin de evitar la dependencia y reducir los riesgos y daños asociados.
- Orientación acerca de la importancia de atender las comorbilidades, la asistencia a consulta de psiquiatría, la necesidad de tratamiento y su cumplimiento.
- Creación de vínculos afectivos, a través de la asistencia a grupos de ayuda.
- Asesoramiento psicosocial.

Resultados esperados

1. Disminución del consumo de drogas.
2. Mejoramiento de las relaciones interpersonales y la interacción
3. Disminución de los efectos de la comorbilidad.
4. Reducción del daño
5. La remisión del caso

Conclusión

Los trastornos por consumo de sustancias, así como otros trastornos mentales, son temas álgidos de atención, dado a la incidencia en edades tan tempranas como la adolescencia y por el impacto en la vida del individuo, de la familia y de la sociedad; siendo que, gran parte de ellos provienen desde la niñez. Múltiples son los problemas biopsicosociales asociados a este

fenómeno, entre los que se pueden citar al bajo rendimiento y la deserción escolar, conducta antisocial, trastornos mentales como la ansiedad, la depresión entre otros (Tena-Suck, 2018). Estos factores contextuales, familia, escuela y comunidad, así como los factores personales autoestima, sintomatología depresiva y expectativas académicas, pueden actuar como potenciadores o inhibidores del consumo de drogas.

Mientras más temprana es la edad de inicio de consumo de sustancia, mayor será los efectos perjudiciales de ello,

El papel de la familia es fundamental para la prevención del consumo de sustancias psicoactivas, se requiere una mayor presencia por parte de los padres en el hogar, compartir tiempo de calidad con los hijos y ejercer un mayor control sobre las actividades que realizan, así mismo fomentar valores como el amor, respeto, compromiso, responsabilidad y otros que apoyen a crear habilidades para la vida, fundamentalmente las referidas a la interacción social, la confianza en sí mismo, autoestima y valía, son fundamentales, y sólo se dan en la familia.

En ese sentido hablamos de los factores de protección, que no siempre son el reverso de los de riesgo, sino que aluden a sus capacidades, su potencial, su red de apoyo emocional, la estructura de su personalidad o sus recursos de comunicación, entre otras muchas circunstancias. Desde nuestra condición de agentes naturales de prevención, padres y madres podemos favorecer muchos de esos factores de protección, que fortalecerán a los niños, adolescentes y jóvenes.

Entre otras medidas para evitar el consumo de sustancias, los programas de prevención del consumo de drogas deben fomentar la autoeficacia, tales como creer en las propias capacidades para organizar y ejecutar las acciones necesarias para manejar situaciones futuras, lo cual favorece el desarrollo de habilidades sociales, la capacidad de enfrentar diferentes situaciones en la vida y la toma de decisiones en los niños, como en el caso del fenómeno de las drogas.

Los trastornos de la personalidad del grupo B poseen una base epigenética, a pesar se considera el papel que desempeña la herencia en el desarrollo de los mismos, es necesario

tener en cuenta que los factores ambientales modifican sustancialmente las disposiciones genéticas.

Por otra parte, muchos genetistas adoptan una postura más inflexible, implicando a los factores genéticos en muchos tipos de psicopatologías. Pese a estar de acuerdo que la variabilidad de estos trastornos proviene de las condiciones ambientales, afirman que son influencias poco probables que no evitan que el individuo sea predominante la inclinación hereditaria.

Los rasgos intrínsecos y generales de la personalidad, surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y de aprendizajes y en última instancia comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, afrontar y comportarse de un individuo, por otra parte, existen evidencias de la relación entre los trastornos de la personalidad y el consumo de sustancias, los más frecuentes en pacientes con consumo nocivo de drogas son el trastorno de personalidad antisocial y limítrofe,

Lo que si finalmente se puede afirmar es que las personas con diagnóstico de Trastornos de Personalidad tienen mayor vulnerabilidad para otras patologías, entre ellas el abuso y la adicción a sustancias.

La atención oportuna de estas personas es fundamental, pues con ello se evita mayor daño, como estrategias de intervención podemos encontrar propuestas alternativas de ocio saludable a través de actividades deportivas, crear interés por la cultura, salidas al teatro, etc; y la puesta en marcha de programas que fomenten el desarrollo de habilidades como la resistencia a la presión de los iguales, la capacidad de tomar decisiones o el fortalecimiento del compromiso personal hacia actitudes no favorables relacionadas con la adicción a las drogas.

Tradicionalmente se ha considerado que informar acerca de las consecuencias de las drogas es la estrategia preventiva por excelencia. Cabe suponer que, de esta manera, la persona se hace consciente de los efectos negativos que le traerá el consumo de una sustancia y, en consecuencia, la evitará.

Referencias

- Anchundia Paredes, Rosario Verónica, & Navarrete Pita, Yulexy. (2021). Incidencia de la sobreprotección familiar en el desarrollo autónomo del niño de Inicial I y II de la Unidad Educativa Provincia de Manabí, Cascol. Varona. Revista Científico Metodológica, (73), 83-97. Epub 02 de diciembre de 2021. Recuperado en 24 de enero de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S199282382021000200083&lng=es&tlng=es.
- González, Alfredo y Robles Nadia (2020) Guía Breve para la implementación del enfoque de reducción de riesgos y daños con usuarios de drogas. Comisión Nacional contra las Adicciones. Recuperado el 25 de enero de 2023, disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/558463/Gu_a_breve_Reducci_n_del_Da_o.pdf
- Márquez-Caraveo María Elena, Pérez-Barrón Verónica. Factores protectores, cualidades positivas y psicopatología adolescente en contextos clínicos. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2019 Ago [citado 2023 Ene 17] ; 61(4): 470-477. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342019000400470&lng=es. Epub 31-Mar-2020. <https://doi.org/10.21149/10275>.
- Rojas Piedra, Talia, Reyes Masa, Betti Del Cisne, Sánchez Ruiz, Jefferson, & Tapia Chamba, Alex. (2020). El consumo de sustancias psicoactivas y su influencia en el desarrollo integral de los estudiantes de la Unidad Educativa 12 de febrero de la ciudad de Zamora. Conrado, 16(72), 131-138. Epub 02 de febrero de 2020. Recuperado en 17 de enero de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S199086442020000100131&lng=es&tlng=es.

- Ruiz Candina, Héctor, Herrera Batista, Aleida, Martínez Betancourt, Ayní, & Supervielle Mezquida, Mayda. (2014). Comportamiento adictivo de la familia como factor de riesgo de consumo de drogas en jóvenes y adolescentes adictos. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 33(4), 414-421. Recuperado en 20 de enero de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403002014000400008&lng=es&tlng=es.
- Ruíz Martínez, Ana Olivia, Hernández Cera, Marcela Ivonne, Mayrén Arévalo, Pedro Joaquín de Jesús, & Vargas Santillán, Ma. De Lourdes. (2014). Funcionamiento familiar de consumidores de sustancias adictivas con y sin conducta delictiva. *Liberabit*, 20(1), 109-117. Recuperado en 24 de enero de 2023, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S17294827201400010010&lng=es&tlng=es.
- Sánchez-Sosa, Juan Carlos, Villarreal-González, María Elena, Ávila Guerrero, María Elena, Vera Jiménez, Alejandro, & Musitu, Gonzalo. (2014). Contextos de socialización y consumo de drogas ilegales en adolescentes escolarizados. *Psychosocial Intervention*, 23(1), 69-78. <https://dx.doi.org/10.5093/in2014a7>
- Santos-de Pascual, Asunción, Saura-Garre, Pedro, & López-Soler, Concepción. (2020). Salud mental en personas con trastorno por consumo de sustancias: aspectos diferenciales entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología*, 36(3), 443-450. Epub 21 de diciembre de 2020. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.36.3.399291>
- Sequeira-Cordero, Andrey, Blanco-Vargas, Marilyn, & Brenes Sáenz, Juan Carlos. (2022). Dependencia de sustancias psicoactivas en Costa Rica: aspectos epidemiológicos y neurobiológicos de una enfermedad incomprendida. *Población y Salud en Mesoamérica*, 19(2), 531-552. <https://dx.doi.org/10.15517/psm.v0i19.48064>
- Silva, Darine Marie Rodrigues da, Costa, Diogo Timóteo, Rocha, Grizelle Sandrine de Araújo, Brandão Neto, Waldemar, Veríssimo, Ana Virgínia Rodrigues, & Aquino, Jael Maria de. (2021). Factores asociados al consumo de drogas por adolescentes escolares. *Index de Enfermería*, 30(1-2), 24-28. Epub 25 de abril de 2022. Recuperado en 25 de enero de 2023, de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000100007&lng=es&tlng=es

Tena-Suck, Antonio, Castro-Martínez, Guadalupe, Marín-Navarrete, Rodrigo, GómezRomero, Pedro, Fuente-Martín, Ana de la, & Gómez-Martínez, Rodrigo. (2018).

Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Medicina interna de México*, 34(2), 264-277.

<https://doi.org/10.24245/mim.v34i2.1595>

Vilimelis, Isabel M^a. Et al. (2017) El papel de la familia en el consumo de sustancias. Fundación amigo. Consultado el 25 de enero de 2023, recuperado de https://fundacionamigo.org/wpcontent/uploads/2017/11/guia_familias_proyecto_amigo2017.pdf

World Health Organization (2016) Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Recuperado el 26 de enero de 2023, de

<file:///D:/Users/Doctor%20Rafael/Downloads/9789241549790-spa.pdf>

NIVELES DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL. CUIDANDO AL CUIDADOR

Los problemas de salud mental no definen quién eres. Son algo que experimentas. Caminas bajo la lluvia y sientes la lluvia, pero, lo más importante, tú no eres la lluvia Matt Haig.

Introducción

Según Candelaria et al., (2011) un modelo puede ser **“una representación conceptual, numérica o gráfica ...”**, incluyendo los pensamientos, siempre resaltando las cualidades relevantes del fenómeno que se desea describir..

Los modelos son expresiones de la interacción entre conceptos, lo que hace referencia a una imagen de la realidad; en el contexto del proceso salud – enfermedad se muestra de manera más simplificada, éste a su vez se inserta o parte de una teoría y forma parte de otras teorías (Hernández et al., 2017).

Los modelos en salud han servido para instrumentar diferentes formas de llevar los servicios a la población; en la región de las américas han intentado cubrir las necesidades de las personas como individuos y como ente social, en nuestro país, la reformas a los modelos se han enfocado en lograr la universalidad de los servicios, esto a través del mejoramiento de los niveles de atención, situación que se hizo muy evidente en el Modelo integral de Atención 2013-2018 (Santos y Limón, 2018)

Los niveles de atención están conformados por un primer nivel que se desarrolla fundamentalmente a nivel comunitario y sus acciones van dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de trastornos o enfermedades, entre las cuales están las mentales, o sea el nivel del primer contacto de las personas con el sistema de salud; el segundo nivel se encuentran a cargo de los hospitales generales los cuales su principal actividad es el diagnóstico y tratamiento de las diferentes entidades patológicas, estos hasta la fecha no funcionan efectivamente en la atención a la salud mental, es a partir de mayo de 2022 que mediante la reforma a la Ley general de salud, en sus artículos referente a salud mental (DOF,

2022), que se empieza a tomar acciones para hacer más eficiente en la conformación de servicios para la atención de las enfermedades mentales, y el tercer nivel es el formado por hospitales de alta tecnología e institutos especializados, en estos últimos es donde ha recaído toda la atención a la salud mental, tanto hospitalaria como de rehabilitación, lo que representa la necesidad de una transformación profunda de dichos nosocomios (Vargas y Villamil, 2016)..

Este trabajo, tiene el objetivo de abordar los modelos y niveles de la atención en salud mental, para ello se describirán los niveles de atención, se abordará un tema muy importante relacionado con el Síndrome del cuidador, las causas, síntomas asociados y sus implicaciones; se describirá y sustentará el tipo de intervención desde el primer nivel para el manejo de las personas que cuidan a otros individuos dependientes, haciendo una propuesta de intervención, la cual considera su descripción, tipo de atención, técnicas, estrategias, recursos, materiales, tiempo, ubicación y limitaciones.

Niveles de Atención en Salud

En relación a la atención a la salud, a nivel mundial, se pueden describir tres niveles de atención, los cuales se diferencian de acuerdo al tipo de atención que se otorga y la situación de salud que se atiende, además de la orientación de las acciones que se realizan, pudiendo mencionar el primer nivel de atención, segundo nivel de atención y tercer nivel de atención (Vignolo, et al., 2011).

El primer nivel de atención, tiene su particularidad en el sentido de ser más amplio y cercano a la población en general, considerado como el de primer contacto, preponderantemente con acciones dirigidas a la promoción de estilos de vida saludable, el autocuidado y con ello la prevención de enfermedades, dentro del cual se da la Atención Primaria a la Salud y como pilares la prevención y la promoción, a través de la educación para la salud.

La Prevención se define como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (Vignolo, et al., 2011).

Según Álvarez (2013), la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual

La educación para la salud tiene como objetivo, transmitir conocimientos que motiven y potencien el saber y el saber hacer, así como el desarrollo de conductas encaminadas a la conservación de la salud del individuo, la familia y la comunidad, para lograr estilos de vida saludables (Díaz, 2012).

Según Van der & De Vos (2008), existe poca diferencia en relación a la conceptualización estructural y funcional entre el segundo y tercer nivel, a diferencia del primer nivel de atención que se encuentra más definida cuando se habla de las formas de organización, predominando la constitución y funcionamiento de equipos de salud multidisciplinarios, lo varía de acuerdo al sistema de salud de cada país.

Es en 1978 durante la conferencia de Alma-Ata, celebrada en Kazajistán cuando se define la acción más clara del primer nivel de atención, al aparecer la Atención Primaria a la Salud, lo cual constituyó la manifestación de una necesidad urgente de las naciones, que involucraba no solamente a los gobiernos, sino que apuntaba, directamente, hacia los profesionales de la salud, encaminadas a promover y proteger la salud de las comunidades (Tejada, 2018).

A partir de todo ello se ha considerado a los servicios de atención primaria como una estrategia eficaz para prevenir los problemas relacionados con la salud mental en las comunidades, a nivel mundial, dentro de las acciones más preponderantes, ha sido, la formación de recursos humanos especializados en el tema, desarrollando modelos para que médicos generales y otros profesionales sanitarios atiendan situaciones álgidas como la depresión. En México, a pesar del aumento de los problemas de salud mental en la población de las diferentes edades, la respuesta del sistema sanitario ha sido insuficiente, esto expresado tanto por la poca presencia de personal especializado, como por las acciones ineficaces (Vargas, & Villamil, 2016).

En mayo de 2022, se publica en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en

materia de Salud Mental y Adicciones, manifestando en sus artículos, que tanto la salud mental como las adicciones serán temas prioritarios en las políticas del sistema sanitario nacional, así como el propósito de recuperar y brindar bienestar biopsicosocial a las personas con trastornos mentales, enfocando su atención a la atención primaria en salud principalmente y la atención en hospitales generales (DOF, 2022)

El segundo nivel de atención, se encarga del diagnóstico de las enfermedades precozmente y la terapéutica oportuna, así mismo el control de factores que pueden causar o predisponer la aparición de esos padecimientos, con acciones dirigidas hacia la captación temprana, su seguimiento, evitando complicaciones y secuelas, evitando daños mayores, sobre todo, los inherentes a las enfermedades crónicas degenerativas (Vignolo, et al., 2011).

Para la atención de segundo nivel, se dispone de una red de hospitales que además de contar en su estructura, con servicios de hospitalización, se encuentran la consulta externa general, de especialidades básicas y urgencias, se promueve las actividades de capacitación continua del personal y colabora directamente en la formación de nuevo capital humano para la atención a la salud; en algunos lugares estos hospitales se les llama hospitales generales.

En este segundo nivel de atención, existe una cobertura muy escasa de servicios de atención a la salud mental, apegado a la poca preparación del personal que labora en esas instituciones, hace más complicado la puesta en marcha de las modificaciones a la Ley general de Salud en materia de salud mental (DOF, 2022).

El tercer nivel de atención en México, agrupa a hospitales de alta especialidad e institutos nacionales de salud, atendiendo problemas de salud de baja prevalencia y alto riesgo, empleando alta tecnología, este establece un sistema de referencia y contrareferencia, recibe personas referidas desde de primer y segundo nivel. (Vignolo et al., 2011)

En él se encuentra un sistema de salud más exacto, donde comprenden las instituciones de salud equipadas con alta complejidad para la atención de problemas de salud que requieren mayor tecnología y mayor aparatología. Estas instituciones cuentan con salas de internación, cirugía, clínica médica, especialidades quirúrgicas específicas; (traumatología, neurocirugía, cirugía cardiovascular, y otras) infraestructura para la realización de estudios

complementarios más complejos; unidad de terapia intensiva y unidades coronarias; su actividad fundamental es la rehabilitación.

Dentro de los hospitales especializados, se encuentran los hospitales psiquiátricos, los cuales han sido quienes han asumido la responsabilidad de la atención a las personas con enfermedades mentales.

La atención de estas enfermedades se prioriza en el tercer nivel de salud y también la institucionalización de servicios, que, del total del presupuesto etiquetado para el sector, sólo el 2% se destina a la atención de la Salud Mental y de éste, 80% se destina a hospitales, lo que profundiza la brecha en nivel primario (OMS, SSA, OPS, 2011).

Existen tres niveles de prevención (Vignolo et al., 2011):

- Prevención primaria que se encarga de la promoción, protección y vigilancia; son medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes
- Prevención secundaria, responsable de la detección precoz, tratamiento inmediato y limitación del daño
- Prevención terciaria, se refiere a la minimización del daño, recuperación de capacidades perdidas y rehabilitación, o sea, acciones relativas a la recuperación ad integrum de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas.

Finalmente se puede afirmar que todos los cambios que se esperan con la nueva modificación a la Ley General de Salud y en especial a la Salud Mental, derivan de análisis realizados desde hace varios años, principalmente del sexenio anterior se han propuesto estrategias para la universalización de los servicios de salud, incluyendo la salud mental, estas estrategias están basadas en ejes que se enfocan a la creación de una red de salud mental, a tendiendo a los problemas de presupuesto financiero para la atención de la salud mental, con participación activa de la sociedad, el otro eje o estrategia se refiere a la adherencia terapéutica, viendo

esto como la interacción del paciente con la enfermedad, los tratamientos farmacológicos y psicológicos, haciendo énfasis en la necesidad de que el personal de salud esté perfectamente calificado para tratar a las personas con trastornos mentales, entre otros aspectos, y como tercera estrategia, la necesidad de un sistema de información en salud mental, enfocándose en apoyar a los proveedores de servicios a registrar y monitorear las necesidades de los usuarios (Madrigal, 2016).

Luego de las revisiones realizadas se puede concluir que, las intervenciones en los tres niveles de atención, se enfocan en promover la “alfabetización en salud mental”, prevenir los trastornos mentales y contrarrestar las barreras para la atención con acciones comunitarias. Mejorar el conocimiento de la población sobre salud mental para identificar síntomas de posibles trastornos y buscar ayuda oportuna para reducir el estigma y la discriminación. Promover la salud mental a través del autocuidado en edades tempranas con hábitos activos y saludables que reduzcan los riesgos del suicidio

En el primer nivel de salud se requiere capacitación y supervisión. Establecer vínculos entre la comunidad y evaluación del alcance de las intervenciones, enfocadas a detectar diagnósticos oportunos. Realizar intervenciones psicosociales para facilitar la adquisición de habilidades y hacer frente a factores de riesgo. Contar con disponibilidad y gratuidad de un conjunto de medicamentos. Optimizar los procesos de referencia y contra referencia.

En el segundo nivel de atención se considera integrar la salud mental en otros servicios o programas que ya se encuentren funcionando. Incorporar la atención a la salud mental y de apoyo psicosocial en los programas de atención de desastres.

Otorgar un papel prioritario a la salud mental. Ampliar y equilibrar la distribución del financiamiento. Fortalecer a los recursos humanos mediante la capacitación y supervisión, así como el intercambio de tareas e incentivar la participación del personal de salud en la atención de la salud mental.

Lograr que en los hospitales generales o de zona, se atiendan personas con trastornos mentales agudos y que requieran una hospitalización breve. Establecer servicios de salud mental en hospitales generales para atención ambulatoria y hospitalaria de corta estancia. Integrar equipos de salud mental por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeros.

Inclusión de personas con discapacidad psicosocial. Atender la comorbilidad de trastornos mentales, lesiones y de otras enfermedades crónicas en hospitales generales.

Las estrategias para el tercer nivel refieren la creación de clínicas especializadas en consulta externa. Optimizar procesos de referencia y contra-referencia. Desarrollar un modelo para la desinstitucionalización de personas con discapacidad mental e intelectual, y ampliar esfuerzos de rehabilitación. Para ello, se requiere, un reordenamiento de espacios. Capacitar al personal del tercer nivel. Incorporar tecnologías de la información. Evaluar las intervenciones y los programas de salud mental; el impacto de las intervenciones y la relación costo-efectividad, entre otras.

Síndrome del cuidador

Últimamente ha salido a la luz una problemática social, que deriva de la familia, especialmente aquellas que dentro de su núcleo tienen a una persona con discapacidad para enfrentar las necesidades de la vida o las de su propio cuerpo, y que se encuentran en la necesidad de ser atendida por otro miembro generalmente de ese círculo familiar, al cual se le nombra cuidador.

Se define al cuidador como:

“la persona responsable de cuidar a una persona enferma o dependiente, lo que facilita el desempeño de sus actividades diarias, como la alimentación, la higiene personal, el suministro de medicamentos de rutina y el acompañamiento a los servicios de salud, o la realización de otras actividades. Cosas requeridas en su vida diaria”
(Andreotti Diniz, M. Á. et al., 2018)

Las necesidades de salud de un individuo se ven sumamente afectados cuando se relacionan con la condición de envejecimiento, actualmente esta situación constituye un problema mundial, sobre todo, en países desarrollados o en vía de desarrollo, donde cada día disminuye

la natalidad y aumenta el número de población mayor. Un fenómeno que desencadena gran parte de la discapacidad en adultos mayores, es la demencia y los problemas de conducta relacionados con ella, así mismo el paciente geriátrico por naturaleza posee algunas limitaciones que lo llevan a tener que depender de alguien que lo cuide, que le ofrezca dedicación de algún familiar cercano, aunque a veces esto puede recaer en otra persona que la propia familia designa, dicho cuidador puede verse afectado en su salud, una vez que deja de atenderse y autocuidarse (Bello et al., 2019) y (Martínez, 2020).

El perfil de un cuidador generalmente está determinado por los siguientes aspectos:

Mujer de la quinta década, ama de casa, hija de la persona objeto de cuidado, con bajo nivel académico, que no recibe remuneración económica, sin horario específico, sino que se dedican todo el tiempo a ese cuidado (Martínez, 2020).

El síndrome del cuidador es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son agotamiento físico y/o psicológico (Pérez et al., 2017)

Dentro de las implicaciones, es muy común que los cuidadores informales abandonen sus actividades las cuales acostumbraba a realizar, sus aficiones, actividades de esparcimiento, todo por dedicar su tiempo al cuidado de la persona dependiente, pudiendo llegar a sentirse abrumado e incluso dañar su salud (Martínez, 2020).

Martínez (2020), en su artículo “Síndrome del cuidador quemado”, destaca que, se caracteriza por la presencia de estrés, ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio, dificultad de concentración, apatía, pérdida de apetito, cefalea, o abuso de sustancias nocivas, entre otros. Estas personas tienen sentimiento de culpa, dejan de lado sus actividades de ocio y diversión, así como a sus amigos, para dedicarse plenamente a la tarea del cuidado; manifiestan también tristeza y tensión ambiental, son incapaces de relajarse y pueden presentar un aislamiento social y sentimiento de soledad.

Dentro de las principales causas que describe la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores (FIAPAM) del síndrome del cuidador (2016) se encuentra:

El estrés crónico o continuado: Generado por la responsabilidad del cuidado a la persona dependiente, situación que no podría percibirse en los primeros días del cuidado, sobre todo si los cuidados no son demasiados complejos, por lo que la envergadura del cuidado puede ser una determinante del momento de aparición del estrés crónico. La sobrecarga física, psicológica y emocional que experimenta el cuidador, sobre todo, cuando no cuenta con el apoyo de familiares, económicos o institucionales que les permitan desarrollar la labor de cuidado en unas condiciones favorables

La confusión de roles: Muchas personas se confunden cuando deben cumplir su papel de cuidador. Puede resultarles difícil separar su rol de cuidador de su rol como esposo(a), amante, hijo, amigo, etc.

Las expectativas poco realistas: Muchos cuidadores esperan que su participación tenga un efecto positivo en la salud y la felicidad de la persona. Es cierto que sus atenciones garantizan mejor calidad de vida para el enfermo, pero muchas veces los cuidadores esperan una mejoría por encima de las posibilidades reales de recuperación del paciente que tienen a su cuidado. Esto puede ser poco realista, sobre todo para las personas que sufren de una enfermedad progresiva como el párkinson o el Alzhéimer.

La falta de control sobre la situación: Muchos cuidadores se sienten frustrados por la falta de dinero, recursos y habilidades para planificar, gestionar y organizar el cuidado de sus seres queridos.

Exigencias poco razonables: Algunos cuidadores imponen cargas irrazonables sobre sí mismos, en parte porque creen que solo ellos son los responsables del paciente. Algunos miembros de la familia, como hermanos, hijos adultos, o el paciente mismo, y hasta el propio cuidador, pueden imponer exigencias poco razonables.

Justificación

A partir de la declaración de Alma Ata en 1978 se definió la Atención Primaria a la Salud (APS) como

[...] La asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias

de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar (OMS, 1978, p.3).

A partir de lo anterior se identifican desafíos de la atención de salud mental, en la prevención y promoción, a los cuales no se les prestó la debida atención; fue hasta el año 2013 que en México en el Plan Nacional de Salud Mental, se hace hincapié en las intervenciones psicológicas, que favorecieran y reforzaran la salud en individuos y familias, con particular atención en la prevención de desórdenes mentales y la promoción de hábitos saludables de vida, siendo la profesión de Enfermería quien asume esta responsabilidad. En América latina no fue precisamente la atención e inicia con la formación de profesionales especializados en el tema.

Estudios realizados, han demostrado que la enfermera (o) puede ayudar a las cuidadoras mediante educación sanitaria sobre cómo cuidar de sí misma y cómo cuidar de la persona dependiente, o a través de la consulta por teléfono o la atención domiciliaria (García Belén y García Cristina, 2017).

Las actividades psicoeducativas, de acuerdo al estudio realizado por Cuevas-Cancino y Moreno-Pérez (2017) titulado “Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora”, señalan que, éste modelo es útil en la atención a situaciones relacionadas con el estrés cotidiano, sobre todo en personas que desarrollan la función de cuidador, pudiendo ser aplicado además en toda la familia. Su objetivo rebasa el hecho de sólo ofrecer información, sino que busca la modificación de conductas de manera positiva en el cuidador, la familia e incluso el paciente, situación que lo hace más integral, logrando transformar estilos de vida, aspectos cognitivos del padecimiento, el apego del enfermo al tratamiento, evitando complicaciones y descompensaciones, sus dos formas que arrojan mayor efectividad en las intervenciones, son la psicoeducativas y las psicoterapéutica, disminuyendo los problemas de estrés y depresión en la familia y el cuidador.

Este modelo de intervención, ha demostrado ser efectivo en el desarrollo de competencias y habilidades de afrontamiento, habilidades sociales, empoderamiento y autoeficacia, ha sido recomendado su uso por la Organización Mundial de la Salud, dentro de los beneficios reportado en salud mental, además del saber y saber hacer, se encuentran:

- Aumento del conocimiento de la enfermedad
- Mejora de la adherencia terapéutica
- Disminución de las recaídas y por lo tanto reingresos hospitalarios
- Disminución del autoestigma
- Reducción de la sobrecarga familiar
- Mejora en el funcionamiento personal y social, no solo del cuidador, sino también del paciente (Hernández, 2021)

Es un modelo ampliamente recomendado por el área de psicología para ser insertado en la Atención Primaria de la Salud (APS), como parte de la atención psicológica, por lo que es importante capacitar a los profesionales de la psicología clínica y de salud en general (Montiel & Guerra, 2016).

Propuesta de intervención

Descripción de la intervención

Una de las intervenciones seleccionada es la psicoeducación, estará basada en un programa de intervención, de acuerdo a los autores, este debe de ser de los 2 meses de orientación, pudiendo ser dirigida a individuos o grupos, o ambos a la vez (Torres, Ballesteros, & Sánchez, 2008).

La intervención psicoeducativa será una aproximación terapéutica, en la cual se le proporcionará al cuidador información específica sobre el padecimiento de su familiar, en el cual se detalle y resuma información relevante para responder preguntas acerca del origen, evolución y abordaje de un padecimiento desde su entorno, situación que implica también la consejería y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema, siendo la Educación Para la Salud (EPS) la técnica a emplear para su trasmisión.

La Psicoeducación es la actividad educativa que se provee sobre la enfermedad, sus consecuencias y manejos en diversos ámbitos (perso- nal, familiar, social) de las personas que sufren problemas mentales y/o somáticos

Además de ello se mostrará técnicas de relajación, administración del tiempo y de comunicación, para favorecer responsabilidad compartida entre los demás integrantes de la familia.

Objetivo/beneficio: ofrecer a la cuidadora los recursos de afrontamiento, que le permitan la disminución la carga física, emocional y psicológica, logrando mejorías en su estado general y el apoyo familiar.

Terapia breve: La terapia breve pretende incrementar la motivación y disponibilidad hacia el cambio, motivándolos hacia el logro de diferentes metas, con ello se mejora la percepción de autoeficacia, lo cual juega un rol importante en los cambios comportamentales (Hewitt & Gantiva, 2009), además está indicada para tratar los déficit o excesos conductuales, así como los desajustes emocionales específicos y transitorios.

Objetivo/beneficio: la toma de decisiones y el inicio de cambios comportamentales, que permitan la comunicación entre la cuidadora y los miembros de la familia para la colaboración de los demás.

Técnica de relajación: Es una herramienta utilizada en el trabajo de la salud mental, la cual actúa manteniendo la atención centrada en un estímulo simple, actuando como reductor d elos niveles de ansiedad, suponiendo un beneficio para el paciente a nivel subjetivo, físico y psicológico, además que impacta en la disminución de la tensión muscular, los latidos cardíacos, frecuencia e intensidad, así mismo en la secreción de adrenalina y noradrenalina (Porras et al.,2021).

Objetivo/beneficio: Reducir el estrés para la disminución de sus efectos sobre el estado físico, psicológico y emocional del cuidador.

Las técnicas de relajación pueden tener resultados favorables sobre el sistema cardiovascular, disminuyendo la frecuencia cardíaca y presión arterial, así mismo la respiración, los procesos digestivos, entre otros beneficios.

Tipo de atención: Individual

Justificación

La importancia del apoyo que prestan las distintas redes sociales a las personas dependientes en cualquier etapa de la vida repercute directamente en el bienestar y en las expectativas de vida satisfactoria de aquel a quien se cuida, incidiendo directamente en la vida del cuidador/a principal. Del conjunto de redes sociales, se considera que la familia es la que provee de mayor cantidad de apoyo material o instrumental, mientras que los amigos o vecinos cumplen mejor con la satisfacción de otro tipo de necesidades emocionales (Torres, Ballesteros y Sánchez, 2008).

La atención individual, se debe basar en: orientar a la persona cuidadora a establecer límites, no obedeciendo a demandas que no sean álgidas, así mismo, solicitar apoyo y participación a otros familiares involucrados con la persona dependiente, esto ayudará a disminuir la sobrecarga del cuidador, hacer consiente al cuidador de lo imprescindible de que retome actividades sociales que acostumbraba a realizar, favoreciendo el esparcimiento y la interacción con amigos (as); la atención individual también permite un acercamiento mucho más próximo al cuidador, ofrece mayor confianza y deja ver en ella o él que es importante para lo demás y que su vida social y personal también tiene sentido, por lo que hacerle ver que debe de gestionar el tiempo de manera más eficiente, ello también permitirá no volverse un adicto de la persona dependiente de cuidado, situación que ayudará de manera significativa a fomentar las acciones del cuidador enfocadas a hacer un poco más autónomo al enfermo, cuando a través de la Atención Primaria de la Salud, se realizan acciones individuales sobre el cuidador, esto causa motivación en él o ella y mejora su estado de ánimo, por lo tanto apoya a la decisión de cuidarse así mismo, manteniendo hábitos sanos, en cuanto

a alimentación, acicalamiento y otros aspectos que denotan autoestima en el cuidador (Martínez, 2020).

En este caso estará basada en la orientación y entrenamiento al cuidador de una persona de 85 años de edad con dolor crónico, secuela de una lesión en columna y coxis, por un accidente hace aproximadamente 40 años, que a partir de hace un año comenzó con disminución de la movilidad e incapaz de desarrollar sus actividades habituales (baño, vestido, preparar sus alimentos, tratamiento de su enfermedad) por sí misma.

La cuidadora es su hija, de 63 años de edad, única mujer de una familia de 4 hermanos, la mayor de todos, jubilada desde hace 16 años, de profesión enfermera con licenciatura y especialidad en salud pública, que a la vez presenta problemas de salud, entre los que destaca: hipotiroidismo quirúrgico, hipertensión arterial y que refiere sentirse agotada, triste, angustiada por no poder solucionar la situación de su madre, a la que ya le han practicado diversos procedimientos tanto de baja complejidad como invasivos, además del tratamiento con antineuróticos y analgésicos de uso controlado, sin resultados. Además, manifiesta dolores en diferentes partes del cuerpo, tensión y sentimientos de soledad.

La cuidadora refiere además, haber abandonado su segunda actividad laboral hace 7 años por atender a su mamá, la cual entonces requería de cuidados mínimos, fue hasta hace un año que la mamá empezó a presentar dolor intenso que le imposibilita el moverse, generalmente permanece acostada, pues solamente así siente alivio, agregado a ello el encierro por la pandemia, dio como resultado, salir únicamente al mandado, sin poder asistir a reuniones con sus amigas, viajes con su esposo, a lo cual estaban acostumbrada.

Técnicas, estrategias

Se desarrollará en 5 fases: justificación

1. Fase de identificación de problemas: esto permitirá la detección de los problemas que aquejan al cuidador, permitiendo un abordaje adecuado y efectivo en cada uno de ellos posteriormente, siendo el punto de partida para la consecución del plan.

2. Fase de jerarquización de problemas: facilita la clasificación de los problemas encontrados en, situaciones reales apremiantes de ser atendidas, así como situaciones de riesgo, dando pauta a la toma de decisiones.
3. Fase de planeación de las intervenciones y actividades: su importancia radica en la objetivación de lo que se va a realizar, los recursos con que se cuenta, tanto humanos, materiales, tiempo y las limitaciones que se pudieran encontrar en todo el proceso.
4. Fase práctica de instrumentación de las intervenciones y actividades: es la parte medular del proceso, donde se desarrollarán las actividades que derivan de cada una de las técnicas y de las que se esperan resultados satisfactorios.
5. Fase de evaluación del impacto de las intervenciones y actividades: se podrá apreciar que tan efectivas fueron las intervenciones planeadas y ejecutadas, que tan resolutivo resultó el plan.

Las estrategias a desarrollar serán:

Psicoeducación:

- a) Consiste en la educación para la salud dirigida al cuidador, se podrá utilizar además de la palabra, videos, rotafolios y otros medios de comunicación para la promoción.
- b) Será dirigida hacia la creación de hábitos saludables, explicando la necesidad de una alimentación adecuada, de mantener relaciones sociales con otras personas fuera del contexto familiar, solicitar ayuda a familiares involucrados, gestionar tiempos de ocio y esparcimiento, entre otras acciones.
- c) El beneficio estará orientado a eliminar la sobrecarga, disminución de estrés, aumentar la motivación y el interés por ella misma, su valía y ser más eficiente para el propio cuidado al hacer un sistema de planeación de tiempos.

Terapia breve

- a) Consiste en una intervención que se centra en la resolución de problemas complejos, mediante herramientas simples, podrá tener una duración entre 10 y 20 sesiones.

- b) Será dirigida a reconocer la situación y su necesidad de modificarla, logrando la motivación de cambios en su estado actual, el logro de metas, mejorando su sentido de autoeficacia y valía.
- c) El beneficio estará en obtener mejor estado de ánimo, disminuir el estrés, mejorar sus hábitos y despertar en el cuidador recursos de afrontamiento.

Relajación

- a) Consiste en varias técnicas, entre la que podemos encontrar la relajación muscular progresiva de Jacobson, la cual se desarrolla en tres fases:

Primera fase de tensión y relajación

En esta primera fase se tensionan y relajan diferentes músculos, sosteniéndolos con fuerza durante 10 o 15 segundos, y centrándose en cómo se relajan a destensar. Puede hacerse siguiendo un orden de grupos musculares (cabeza, tronco, brazos y piernas).

Por ejemplo, si se empieza por la cabeza se puede comenzar por el rostro, frunciendo el ceño y luego relajándolo; cerrando los ojos con fuerza y luego abriéndolos; y apretando los labios y destensándolos. Y así sucesivamente con el resto de grupos musculares.

Segunda fase

En esta segunda fase se repasan mentalmente todos los grupos musculares que se han tensado y destensado, para comprobar si están realmente relajados tras los ejercicios, y si es necesario volver a realizarlos.

Tercera fase

Esta última fase es de relajación y la persona debe tomar conciencia del estado de calma tras haber ejecutado los ejercicios. Para facilitar esto, se pueden visualizar a través de la imaginación escenas agradables o distintas

sensaciones positivas (imaginarse tumbado en la playa o degustando un buen plato de comida).

- b) Este método se utiliza en el logro de la disminución del estrés, la tensión muscular y la ansiedad.
- c) El beneficio será la reducción del estrés, promover el bienestar.

Consideraciones de la intervención

Técnica	Recursos	Material	Tiempo	Ubicación	Limitaciones
Pre tes	El Escala de Ansiedad y de Depresión Goldberg	Hojas Lápiz	1 hora	Hogar	Consentimiento del cuidador para que se le aplique
Psicoeducación (Educación Para la salud)	<ul style="list-style-type: none"> • Consejos prácticos respecto del cuidado diario • Desarrollo de habilidades y estrategias específicas de afrontamiento • Mecanismos para integrar al resto 	Videos Rotafolio	30 minutos por sesión (5 sesiones)	Hogar del cuidador	Tiempo que pueda dedicar a la actividad

	<p>de los hermanos en la responsabilidad y su función de cuidado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrategias para la planificación del tiempo • Platica sobre la importancia de la práctica de ejercicio 				
Terapia breve	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar retroalimentación sobre los posibles riesgos personales y sociales del comportamiento de la persona. • Enfatizar en la responsabilidad de la persona en su proceso de cambio. • Asesorar a la cuidadora sobre su cambio de comportamiento. 	Local con mobiliario	30 minutos (5 sesiones)	Consultorio	La asistencia a la consulta el día que se programe

	<ul style="list-style-type: none"> • Proveer a la cuidadora una amplia gama de opciones de cambio. • Desarrollar una relación empática. • Fortalecer la autoeficacia en la cuidadora sobre su capacidad de cambio. 				
Relajación	Taller (3 fases)	Local Colchón Reproductor de música	1 hora (5 sesiones)	Consultorio	Disponibilidad
Pos tes	El Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg	Hojas	1 hora	Hogar	Interés en los resultados por parte del cuidador

Conclusiones

Después de la revisión de varios documentos se puede concluir que el síndrome del cuidador es una afección que puede perturbar considerablemente la salud de la persona responsable del cuidado o cuidador, tanto desde el punto de vista físico, psicológico, social y espiritual, que requiere atención profesional.

Los cuidadores informales son aquellas personas que realizan todas las tareas de cuidado de las personas dependientes, las cuales se encuentran expuestas a sufrir el síndrome antes mencionado, si no cuentan con los recursos cognitivos, psicológicos y familiares para enfrentar dicho cuidado, el síndrome se caracteriza por la presencia de estrés, ansiedad, depresión, irritabilidad, insomnio, dificultad de concentración, apatía, pérdida de apetito, cefalea, o abuso de sustancias nocivas, entre otros.

Es necesario desde el primer nivel de atención, crear estrategias de apoyo para el fortalecimiento de la atención primaria a la salud, específicamente lo concerniente a la salud mental y en específico al cuidador primario.

Dentro de las estrategias que se presentan en este trabajo y que se pueden desarrollar para la atención a este tipo de persona se encuentra la psicoeducación concebida también como educación para la salud, la terapia breve y las técnicas de relajación.

Dentro de los objetivos de la psicoeducación se encuentra, capacitar u orientar tanto al cuidador como a la familia en relación a la enfermedad, a partir de elementos científicos que sustentan la información que se proporciona, misma que funciona como un elemento de consejería, donde se abordan la patología, las causas, el entorno y su manejo, y otros aspectos que pudieran estar implícitos en el cuidado que se debe de proporcionar (Cuevas-Cancino y Moreno-Pérez, 2017).

Los profesionales de la salud debemos de responder de manera eficaz a las necesidades de las familias, referente a la orientación para el manejo de personas dependientes, es importante desatacar que, en este trabajo, se muestra cómo desde la psicología y la enfermería, se puede crear programas que mejore y garantice la calidad de vida de los cuidadores.

Referencias

- Álvarez Estupiñán, Miriam. (2013). La promoción y prevención: pilares para salud y la calidad de vida. *Correo Científico Médico*, 17(1), 79-82. Recuperado en 18 de febrero de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812013000100013&lng=es&tlng=es.
- Andreotti Diniz, M. Á. et al. (2018). Comparative study between formal and informal caregivers of older adults. *Ciencia y Saude*, 23(1). Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018001103789&lng=en&nrm=iso&tlng=en
- Belén García, C; Martínez García, C (2017) Cuidados de enfermería al cuidador familiar de personas dependientes. Recuperado el 27/02/2023, de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6079379#:~:text=La%20enfermera%20puede%20ayudar%20a,tel%C3%A9fono%20o%20la%20atenci%C3%B3n%20domiciliaria>.
- Bello Carrasco, Lourdes Maribel, León Zambrano, Génesis Andreina, & Covená Bravo, María Isabel. (2019). Factores que predominan sobrecarga en el cuidador formal e informal geriátrico con déficit de autocuidado. *Revista Universidad y Sociedad*, 11(5), 385-395. Epub 02 de diciembre de 2019. Recuperado en 18 de febrero de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S221836202019000500385&lng=es&tlng=es.
- Candelaria Martínez, Bernardino, Ruiz Rosado, Octavio, Gallardo López, Felipe, Pérez Hernández, Ponciano, Martínez Becerra, Ángel, & Vargas Villamil, Luis. (2011). Aplicación de modelos de simulación en el estudio y planificación de la agricultura, una revisión. *Tropical and subtropical agroecosystems*, 14(3), 999-1010. Recuperado en 15 de febrero de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-04622011000300004&lng=es&tlng=es

- Cuevas-Cancino, J.J., & Moreno-Pérez, N.E.. (2017). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería universitaria*, 14(3), 207-218. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.06.003>
- Díaz Brito, Yoimy, Pérez Rivero, Jorge Luis, Báez Pupo, Francisco, & Conde Martín, Marlene. (2012). Generalidades sobre promoción y educación para la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(3), 299-308. Recuperado en 18 de febrero de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252012000300009&lng=es&tlng=es.
- DOF (2022) DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones. Recuperado el 14/02/2023, de https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5652074&fecha=16/05/2022#gsc.tab=0
- FIAPAM (2016). Síndrome del cuidador quemado. Causas, síntomas y estrategias de afrontamiento. Recuperado el 18 de febrero de 2023, de <https://fiapam.org/sindromedel-cuidador-quemado-causas-sintomas-y-estrategias-de-afrontamiento/>
- Hernández Arteaga J. (2021). La psicoeducación: una herramienta terapéutica fundamental en salud mental. *Rev. MediSur*. Revista electrónica. (internet) 2021. (Citado 24/02/2023), disponible en <https://www.redalyc.org/journal/1800/180068641002/html/>
- Hernández, L.J; Ocampo, J; Rios, DS (2017) El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. Recuperado el 14/02/2023, disponible en <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68470>.
- Hewitt Ramírez, Nohelia, & Gantiva Díaz, Carlos Andrés. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(1), 165-176. Retrieved February 27, 2023, from

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S179447242009000100012&lng=en&tlng=es.

Madrigal de León, Eduardo Ángel. (2016). Fortalecimiento de la salud mental en México: recomendaciones para una psiquiatría comunitaria. *Salud mental*, 39(4), 235-237. Recuperado en 18 de febrero de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018533252016000400235&lng=es&tlng=es.

Martínez Pizarro, Sandra. (2020). Síndrome de sobrecarga del cuidador informal. *Ene*, 14(1), 14118. Epub 09 de noviembre de 2020. Recuperado en 18 de febrero de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X2020000100018&lng=es&tlng=es.

Martínez Pizarro, Sandra. (2020). Síndrome del cuidador quemado. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 13(1), 97-100. Epub 20 de abril de 2020. Recuperado en 18 de febrero de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2020000100013&lng=es&tlng=es

Montiel Castillo, Vanessa Esperanza, & Guerra Morales, Vivian Margarita. (2016). La psicoeducación como alternativa para la atención psicológica a las sobrevivientes de cáncer de mama. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(2), 332-336. Recuperado en 27 de febrero de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000200016&lng=es&tlng=es

Organización Mundial de la Salud (1978). *Atención Primaria de Salud. Informe de conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS*. Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud, Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud 2011, 'Informe sobre sistema de salud mental en México'. Recuperado el 18/02/2023, de file:///Users/DrRafael/Downloads/iesm-oms_informe_sobre_el_sistema_de_salud_mental_en_m_xico_whoaims_report_on_mental_health_system_in_mexico_.pdf

- Pérez Rodríguez, Mario, Álvarez Gómez, Tamara, Martínez Badaló, Ernesto Javier, Valdivia Cañizares, Susana, Borroto Carpio, Iliety, & Pedraza Núñez, Haraicy. (2017). El síndrome del cuidador en cuidadores principales de ancianos con demencia Alzheimer. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(1), 38-50. Recuperado en 18 de febrero de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000100007&lng=es&tlng=es
- Porras-Caballero, Frida Carmina, Rosales Sánchez, Karen Paola, Medellín Navarro, Diana Victoria, & Sánchez Jáuregui, Daniela Fernanda. (2020). Aplicación de técnicas de relajación en pacientes preoperatorios, hospitalizados y sus cuidadores. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*, 8(spe5), 00015. Epub 28 de enero de 2021. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2492>
- Santos, H y Limón, N. (2018) El derecho a la salud en el nuevo Modelo Integral de Atención de México. Recuperado el 14/02/2023, de <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2018.v44n3/e930/#>
- Tejada de Rivero, David A. (2018). La historia de la Conferencia de AlmaAta. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 361-366. <https://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2098>
- Torres Egea, M^a Pilar, Ballesteros Pérez, Esperanza, & Sánchez Castillo, Pablo David. (2008). Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos*, 19(1), 9-15. Recuperado en 27 de febrero de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2008000100002&lng=es&tlng=es.
- Van der Stuyft, P; De Vos, P (2008) The relationship among the various care levels is a key health determinant, recuperdo el 18/02/2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400014#:~:text=Cl%C3%A1sicamente%20se%20distinguen%20tres%20niveles,alta%20tecnolog%C3%ADa%20e%20institutos%20especializados.
- Vargas Terrez, Blanca Estela, & Villamil Salcedo, Valerio. (2016). La salud mental y la atención primaria en México. *Experiencias de un modelo de atención colaborativa*.

Salud mental, 39(1), 3-9. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.062>

Vignolo Julio, Vacarezza Mariela, Álvarez Cecilia, Sosa Alicia. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch. Med Int [Internet]. 2011 Abr [citado 2023 Feb 18] ; 33(1): 7-11. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688423X201100010003&lng=es.

PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES

La fortaleza mental se construye con cada pequeño paso que damos hacia adelante Rafael Santandreu.

Introducción

La Organización Mundial de la salud, ha definido a la adolescencia como una etapa donde el individuo, atraviesa por grandes transformaciones desde el punto de vista, no solamente físico, sino también psicológico, la sexualidad y relaciones sociales, es además una fase donde construye su identidad, siendo importante en esta etapa el desarrollo de estos individuos, pues ellos marcará su vida adulta (Velenzuela et al., 2013)

La adolescencia (10-19 años) es un período formativo muy particular y, aunque se supone que la mayoría de los y las adolescentes poseen salud mental, los diversos cambios que ocurren en el organismo, tanto físicos, como emocionales y sociales, exponen a los individuos a riesgos como pobreza, abuso y violencia, colocándolos en condiciones de vulnerabilidad para el desarrollo de problemas de salud mental (Marques-Caraveo y Pérez- Barrón, 2020).

Esta etapa de adolescencia supone un alto grado de vulnerabilidad, a la vez de adaptación y exigencias en el ámbito familiar, social y académico, siendo este último el lugar donde permanece el o la adolescente mayor tiempo de su vida, y es precisamente allí donde se pueden crear estrategias psicoeducativas para fortalecer los mecanismos de prevención de conductas que deterioren su salud mental y por ende su desarrollo, las cuales deberán de ser innovadoras, en busca de acciones motivadoras para que el individuo se incorpore a ellas (Langer et al., 2017).

El consumo de alcohol y otras drogas legales e ilícitas es una problemática que trae consigo innumerables factores de riesgo y factores protectores, las cuales bajo influencias

inconscientes llevan a conductas anormales en las personas. Los factores de riesgo y los factores de protección, relacionados con este fenómeno, según Rojas (2020), aparecen en la adolescencia, considerado éste como un momento crucial en la adquisición de las conductas, debido a que, en esa etapa, por ser parte de la etapa evolutiva, se relaciona de manera importante con el consumo de las sustancias psicoactivas.

Tanto la escuela como la familia juega un papel fundamental en el manejo del adolescente que consume alcohol u otras sustancias, el apoyo, la orientación son indispensable para lograr resultados favorables, a esto se le puede agregar, las intervenciones que como parte de un sistema de promoción y prevención se pueden desarrollar, para lo que es útil, incluir en los programas, las determinantes que favorecen dicho consumo, a partir de los cuales se crean estrategias que impactarán en la promoción de la salud mental de estos individuos y la prevención de las conductas de consumo y adictivas (Galbe, 2012).

El capítulo describirá a la adolescencia como una etapa del desarrollo del individuo contemplada entre los 10 y 19 años de edad, abordando las características de ellos, la prevalencia del consumo de alcohol y otras sustancias nocivas en adolescentes en México, la importancia de los planes de intervención en los diferentes niveles de atención, así como la propuesta de un Plan dirigido a la prevención de consumo de sustancia en adolescentes, lo que permitirá llegar a conclusiones sobre este fenómeno y a la reflexión de cuáles serían las intervenciones eficaces para mitigar el consumo de sustancias en este grupo etario y fortalecer sus factores protectores, a través fundamentalmente de la psicoeducación.

Características de la población a intervenir

“El término adolescencia deriva del latín «adolescere» que significa «crecer hacia la adultez». La adolescencia es aquella etapa del desarrollo ubicada entre la infancia y la adultez, en la que ocurre un proceso creciente de maduración física, psicológica y social que lleva al ser humano a transformarse en un adulto. En este período, en el que ocurren cambios rápidos y de gran magnitud, la persona se hace tanto biológica, como psicológica y socialmente madura y capaz de vivir en forma independiente (o más bien en camino hacia ello en la actualidad, aunque depende de las circunstancias)” (Gaete V., 2015 pp:437).

Las características desde el punto de vista psicológico y social del adolescente, son las consecuencias de lo acontecido alrededor de ese individuo en las etapas que precedieron a la adolescencia, específicamente en lo biológico, tanto en los aspectos físicos como de las funciones psicológicas, mismo que están muy relacionado el desarrollo puberal y el cerebral, además de la influencias de factores sociales y culturales que estuvieron y están alrededor del adolescente, se considera a esta etapa como un proceso de mucha variabilidad y se puede clasificar en tres grupos:

Adolescencia temprana: 10 a 13-14 años

Adolescencia media 14-15 a 16-17 años

Adolescencia tardía: 17-18 años en adelante (Gaete, 2015).

Como se mencionó anteriormente, es una etapa que se ha ido prolongando progresivamente, donde las modificaciones o cambios son muy apresurados y a gran escala, en la cual el individuo de manera natural su tendencia, es a hacerse maduro, desde el punto de vista biológico, psicológico y social, teniendo como tarea la búsqueda de la identidad y la autonomía; es por ello que se hace necesario que los profesionales de la salud que se van a dedicar al cuidado y manejo de este grupo etario, tenga el conocimiento del grado de desarrollo psicosocial de ellos, para poder abordar las conductas derivadas de su relación con el medio tanto interno como externo (Gaete, 2015).

Según la Sociedad Uruguaya de Pediatría (2007), lo saludable, para que el niño o niña pueda irse transformando en adolescente, pasa por poder ir integrando los distintos cambios biopsicosociales, aceptando el nuevo cuerpo sexuado, los roles con mayor autonomía y responsabilidad, construyendo su identidad, separarse de sus figuras de referencia, fundamentalmente los padres, reorientarse más hacia el contexto social, hacia los vínculos con pares, y más adelante organizar su proyecto de vida; todo el conjunto de procesos llamado “tareas de la adolescencia”. La familia, a su vez, debe realizar también cambios desde el otro polo de la relación con el hijo, tiene que poder habilitar estos procesos, adaptándose, habilitándose, flexibilizándose, permitiendo que el adolescente pueda crecer, hacerle lugar.

La psicopatología puede aparecer básicamente en tres tipos de situaciones, que separamos esquemáticamente para su exposición, pero que pueden superponerse en diverso grado:

- Niños con un funcionamiento previo comprometido, ya sea en lo afectivo, comportamental, cognitivo o social; donde vemos dificultades para poder cumplir las tareas de la adolescencia.
- Adolescentes en desencuentro con la familia, con dificultades más o menos importantes para adaptarse a los cambios en uno o ambos polos de la relación, afectándose las posibilidades de diálogo, la comunicación, el encuentro; pueden aparecer problemas con las normas, la disciplina, los hábitos, las huidas hacia las conductas de riesgo, sentimientos de soledad e incompreensión en el adolescente y de impotencia en la familia.
- Adolescentes donde surge en forma aguda o insidiosa la psicopatología más “individual”, con síntomas de ansiedad, depresivos, conductuales, en el humor, en el pensamiento, marcando un quiebre respecto al funcionamiento previo.

Es muy importante en esta etapa de la vida, la maduración cerebral, situación que influye de manera significativa en su adaptación al medio, entre esos procesos según Palacios (2019), plantea la remodelación cerebral, estructural y funcional que ocurre en regiones frontales y corticolímbicas y de la especial plasticidad del cerebro en ese momento de la vida. Variados son los elementos que modulan éste proceso y que actúan significativamente sobre el Sistema Nervioso Central del adolescente, los neurotransmisores, opioides, drogas y específicamente las hormonas; un aspecto de gran impacto es el entrenamiento físico sobre el control neuroendocrino del eje hipotalámico-hipofisario-glandular en niños en desarrollo es complejo, ocasionando un aumento en la secreción adenohipofisaria de hormona del crecimiento, esto a la vez regula el aumento natural que ocurre de secreción de hormonas esteroidales, mismas que aumentan durante la pubertad y adolescencia, siendo determinantes estas últimas en el desencadenamiento de cambios estructurales permanentes en el cerebro, afectando el proceso de aprendizaje, por lo que la actividad física funge como como factor modulador en la secreción de esteroides (Cortés-Cortés, 2019).

Los procesos psicológicos en adolescentes, su inicio ocurre en la pubertad, además de los cambios corporales más significativos, una característica de los individuos en estas edades es el egocentrismo, donde el adolescente tiene comportamientos que buscan llamar la atención o ser el centro de atención de los demás, situación que puede ir disminuyendo, dando paso a un punto de vista sociocéntrico, a medida que va madurando; además se muestra muy centrado en su propia conducta, en los cambios corporales y sobre todo en la apariencia física, asumiendo que otros tienen perspectivas y valores idénticos, situación que puede dar lugar a la imitación o seguir patrones de conductas, pero a la vez piensa que los demás están tan preocupados por su apariencia como él, y que son a la vez tan críticos y admiradores, construyendo en su propio pensamiento una audiencia imaginaria; también en esta etapa aparecen otras situaciones emocionales como la labilidad, caracterizada por repentinos cambios en el estado de ánimo y de la conducta, tendiendo a magnificar sus situaciones, generalmente con aumento de la expresión verbal, siendo común la formulación de metas no realistas. Es de destacar en esta etapa el desarrollo cognitivo, caracterizado por el surgimiento del pensamiento abstracto o formal; así mismo el adolescente comienza a emplear habilidades más complejas en la toma de decisiones, siendo esenciales para el desarrollo del pensamiento creativo, lo que favorece el rendimiento académico; lo desafortunado está, en que este pensamiento es lábil y oscilatorio (Gaete, 2015).

Existen conductas de riesgo en adolescentes, las cuales han sido consideradas determinantes en la salud de estos grupos, influyendo en la morbimortalidad, considerando entre ellas al consumo de drogas, embarazo, trastornos de la alimentación, enfermedades de transmisión sexual, depresión e incluso el suicidio o la conducta suicida, lo que repercute en la salud del adolescente; se considera como primer factor protector, y el más importante, a la familia, en su función de favorecer un desarrollo sano, a través de la educación y la funcionalidad familiar, contribuyendo a que éste sea una persona autónoma, capaz de enfrentar situaciones de la vida diaria; para ello el desarrollo de hábitos de vida saludable es necesario, pues desde la niñez se crean patrones de conducta, que tendrán que ver no solamente en la salud física, sino también psicológica, las relaciones sociales, a través de la adquisición de habilidades para la vida, y sobre todo el autocuidado del adolescente. Es por ello que los estilos de enseñanza parental, en su expresión de crianza, pueden generar efectos positivos o negativos en la conducta del adolescente y por ende en las conductas de riesgo. Diversas investigaciones

apuntan a que a mayor apoyo familiar y control de la conducta, menor posibilidad de consumir sustancias, presentar conductas autolesivas e incluso la probabilidad de desarrollar depresión. Así mismo otras investigaciones demuestran que cuando la familia es orientada y capacitada, además de que recibe apoyo, conocimientos y las herramientas para la adquisición de habilidades básicas en la crianza, existe menos conductas de riesgo en los adolescentes (Valenzuela, 2013).

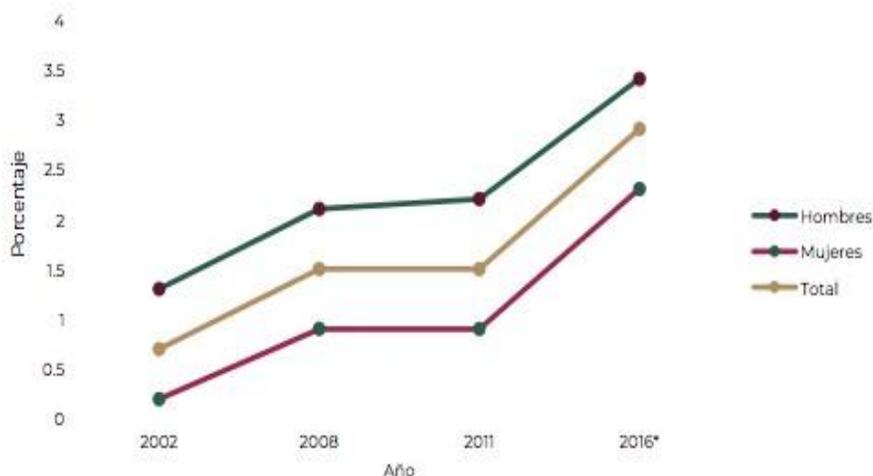
Tabla de prevalencia del consumo de alcohol y otras sustancias nocivas en adolescentes.

Figura 1. Prevalencia consumo de drogas en población adolescente

Sustancia	Prevalencia en adolescentes	
	Hombre	Mujeres
Alcohol	41.7%	37.9%
Tabaco	6.7%	3%
Marihuana	5.8%	4.8%
Cocaína	1.0%	1.1%
Drogas ilegales no específicas	6.6%	5.8%

Fuente: ENCODAT, 2016-2017

Figura 2. Tendencia de consumo de drogas ilegales en el último año, 2002 a 2016. Población de 12 a 17 años.



*Incremento estadísticamente significativo de 2011 a 2016.

Fuente: Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017

Fuente: Secretaría de Salud & CONADIC, 2021

Figura 3. Aumento del consumo de sustancias desde el inicio de la pandemia entre adolescentes y jóvenes

Tipo de sustancia	Adolescentes (15 a 17 años)	Jóvenes (18 a 24 años)	Adolescentes y jóvenes
Opiáceos y drogas duras (heroína, cocaína y crack)	17.9%	13.5%	15%
Cannabis	16.5%	21%	20%
Alcohol	13.9%	145.4%	14%

Infografía: Melisa Murialdo en base a datos de VOCES-19 Population Council México Branded Content, 15 de marzo de 2023

Figura 4. Consumo de sustancias desde el inicio de la pandemia entre adolescentes y jóvenes por género

Tipo de sustancia	Informó al menos un consumo	Incrementó el consumo
Alcohol		
Femenino	49.1%	47.8%
Masculino	49.2%	49.3%
No binario	1.8%	2.9%
Mariguana		
Femenino	38%	37%
Masculino	59%	61%
No binario	3%	2%
Drogas duras		
Femenino	28.1%	24.4%
Masculino	70.4%	74.3%
No binario	1.5%	1.3%

Infografía: Melisa Murialdo en base a datos de VOCES-19 Population Council México Branded Content, 15 de marzo de 2023

Niveles de atención

Según Vignolo (2011), los niveles de atención son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de salud de la población, dichas necesidades no desde el punto de vista de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven, pudiendo clasificarse en tres niveles de atención:

El primer nivel, se considera el que más próximo a la población, significando el primer contacto de los servicios de salud con el individuo, familia o comunidad, empleando recursos para la resolución de necesidades básicas y de mayor ocurrencia, las cuales pueden abordarse con acciones de promoción, prevención y por procedimientos de recuperación y

rehabilitación, la atención es de baja complejidad, distribuida en consultorios, policlínicas, centros de salud y otros. En este nivel se plantea que se resuelven el 85% de los problemas de salud, además de que es el que facilita una atención oportuna y eficaz por su accesibilidad. El segundo nivel de atención está destinado a prestar servicios de medicina interna, pediatría, ginecobstetricia, cirugía general y psiquiatría, en él se resuelve el 10% de los problemas de salud en instituciones hospitalarias.

El tercer nivel de atención, en él se atienden situaciones menos frecuentes, pero de alta complejidad, que necesitan intervenciones especializadas y tecnología avanzada, misma que debe de cubrirse en todo el país o una gran parte de ella, resolviéndose aproximadamente el 5% de los problemas de salud.

La Prevención se define como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (Vignolo, et al., 2011).

Existen tres niveles de prevención:

- Prevención primaria
- Prevención secundaria
- Prevención terciaria

Prevención primaria que se encarga de la promoción, protección y vigilancia; son medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes.

Prevención secundaria, responsable de la detección precoz, tratamiento inmediato y limitación del daño.

Prevención terciaria, se refiere a la minimización del daño, recuperación de capacidades perdidas y rehabilitación, o sea, acciones relativas a la recuperación de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas.

Existen además tres tipos de prevención, la prevención universal, la selectiva y la indicada, la primera se refiere a que esta va a ser focalizada a los miembros de un grupo, beneficiándolos a todos, la selectiva, va a enfocarse a un subgrupo con un riesgo mayor para enfermar o poseer una conducta que se quiera evitar, o sea los grupos de riesgo, por último la indicada es más intensiva y de mayor costo, se enfoca a un subgrupo en específico de la comunidad que ya tiene el problema (Hernández et al., 2019).

Medina-Mora (2013), en su estudio “Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos?”, hace referencia que cuando se le apuesta a la prevención los resultados que se obtienen son mucho más amplios, así mismo que, esta debe de ser dirigida a toda la población, como focalizada en los grupos más vulnerables, incluyendo a las familias. Lo anterior apoya otras consideraciones, por ser esta donde ocurre el primer contacto con la población.

La prevención en adicciones, es un tema complejo, mostrando gran impacto social y científicamente es necesario su abordaje, una vez que es un problema multifactorial (Salazar y Williamson, 2015).

Una vez analizados estos aspectos, se puede decir que un plan de prevención de consumo de alcohol y otras sustancias, es más propicio plantearlo desde el primer nivel de atención, aplicando los niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria), para lo cual es imprescindible llevar a cabo acciones de promoción.

Dentro de las funciones esenciales de la salud pública, se encuentra la promoción de la salud (Quintero, 2017)

Según Álvarez (2013), la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual, una de las técnicas que se pueden emplear para la promoción a la salud es la psicoeducativa o educación para la salud.

La educación para la salud tiene como objetivo, transmitir conocimientos que motiven y potencien el saber y el saber hacer, así como el desarrollo de conductas encaminadas a la

conservación de la salud del individuo, la familia y la comunidad, para lograr estilos de vida saludables (Díaz, 2012).

Loro (2021), plantea las pautas para la prevención del consumo de drogas en adolescentes, citando 5 puntos fundamentales para la prevención del consumo:

1. La educación familiar
2. La interrelación entre el grupo de iguales, familia y escuela
3. Fomentar el ocio y actividades recreativas saludables
4. Informar sobre la concepción que se tiene sobre las distintas drogas influye en su consumo
5. Ponerse en contacto con profesionales, ante la sospecha o confirmación del consumo.

Plan de prevención del Consumo de Sustancias en Adolescentes

La prevención comunitaria promueve la capacitación y el fortalecimiento de la comunidad a través de las personas que la integran, favoreciendo su implicación en la transformación de aquellos aspectos ambientales que afectan a la salud individual y colectiva.

Descripción:

Este plan va dirigido a adolescentes entre 12 y 18 años de edad, y sus familiares o figuras parentales, para reducir los factores de riesgo y fomentar los factores de protección que ya se han iniciado en el consumo de alcohol u otras drogas o presentan otras conductas problemáticas. Cursos de formación presencial de 10 horas de duración (5 sesiones de 2 horas cada una). En caso de necesidad sanitaria o por falta de disponibilidad de las familias, se impartirán de forma online

Objetivo general

Cambiar de manera favorable el balance entre los factores de riesgo y los de protección frente a las adicciones en las familias, escuelas y comunidades.

Objetivos específicos

- Detectar de forma precoz menores que están iniciándose en el consumo de drogas u otras adicciones sin sustancia.
- Prevenir trastornos de abuso y dependencia y posibilitar una intervención temprana.
- Orientar a las familias sobre qué hacer y cómo actuar para prevenir el consumo de drogas u otras adicciones sin sustancia.
- Formar a los mediadores que trabajan con el colectivo juvenil.

Estrategia de actuación a nivel preventivo

Psicoeducación

La Psicoeducación es la actividad educativa que se provee sobre la enfermedad, sus consecuencias y manejos en diversos ámbitos

Aplicación del Plan de Prevención a nivel comunitario

El plan de prevención comunitaria estará basado en los elementos que son considerados por los Centros de Integración Juvenil ya establecidos (CIJ, 2019):

1. Actividades deportivas, culturales y educativas para el cuidado de la salud, accesibles para la población en general.
2. Detección temprana de factores de riesgo y casos de consumo para su derivación y atención oportuna.

3. Pláticas informativas sobre los efectos de las drogas, factores de riesgo-protección e información para reducir riesgos y daños asociados al consumo de drogas en escuelas, empresas, centros de salud y otros espacios comunitarios o en ámbitos virtuales.
4. Talleres para fomentar valores, estrategias de autocuidado y habilidades para la vida con niños.
5. Talleres para reforzar competencias sociales y emocionales dirigidas a afrontar factores de riesgo y reducir los riesgos asociados al consumo de drogas con adolescentes y jóvenes.
6. Talleres de orientación para padres de familia o tutores en torno a habilidades parentales, estilos de crianza, comunicación familiar y de pareja, expresión afectiva, identificación y atención del consumo de drogas en la familia.
7. Consejería breve para usuarios experimentales u ocasionales a fin de evitar la dependencia y reducir los riesgos y daños asociados.
8. Cursos de capacitación para personas estratégicas (personal educativo, de salud, líderes) en detección, prevención y promoción de la salud.

Este plan será aplicado con enfoque individual y familiar

Individual

Metodología para la aplicación:

El programa constará de un curso taller de seis días de duración, abordando a los adolescentes de una comunidad con temas como: valores, autoestima, desarrollo humano, habilidades sociales, manejo de emociones y resiliencia.

Día	Tema	Objetivo	Recursos didácticos	Duración

1	Valores	Orientar el comportamiento de los adolescentes, encaminados a permitirles realizarse como personas, proporcionando pautas para el desarrollo de metas y propósitos personales	Cine debate	3 horas
2	Autoestima	Crear habilidades de autoconocimiento, fomentando una visión real y positiva de sí mismo,	Actividades lúdicas	3 horas

		mejorando la autoconfianza y seguridad		
3	Desarrollo humano	Reconocer el potencial humano que tienen como personas, sus talentos individuales y colectivos, recuperando su capacidad de asombro en su valor como personas	Dramatización	3 horas
4	Habilidades sociales	Aprender recursos de comunicación asertiva, promoviendo relaciones espontáneas, eficaces y respetuosas con los demás y favoreciendo la motivación hacia relaciones sinceras, seguras y saludables	Exposición de expertos Ejercicios	3 horas

5	Manejo de emociones	Aprender a manejar emociones, manifestando ecuanimidad en la resolución de conflictos (Pérez, 2019)	Ejercicios de resolución de conflicto	3 horas
6	Resiliencia	Formar personas socialmente competentes que tengan conciencia de su identidad y utilidad, que puedan tomar decisiones, establecer metas y creer en un futuro mejor, satisfaciendo sus necesidades básicas de	Video Cine debate Dramatización	5 horas
		afecto, relación, respeto, poder y significado (Guillen de Maldonado, 2005)		

Familiar

Metodología para la aplicación:

Curso de formación presencial de 10 horas de duración, en 5 sesiones.

Sesión	Tema	Objetivo	Recursos didácticos	Duración
1	Conceptos básicos de adicciones	Conocer los conceptos básicos de las adicciones	Exposición	2 horas

2	Prevención de adicciones y modelos preventivos. Factores de protección y de riesgo de las adicciones.	Identificar las estrategias para la prevención de adicciones, enfocadas a los factores de riesgo y protección	Exposición	2 horas
3	El papel de madres, padres y figuras parentales en la prevención de adicciones. Importancia de los vínculos familiares y la comunicación para prevenir las adicciones.	Determinar el rol de los padres, madres y figuras parentales en la creación de vínculos positivos y comunicación asertiva	Exposición	2 horas
4	Orientaciones, pautas, criterios y estrategias educativas relacionadas con los estilos educativos parentales para prevenir las adicciones.	Reconocer las estrategias para la creación de estilos de vida saludables	Exposición	2 horas

5	Educación de ocio según cada nivel evolutivo, basada en un estilo de conductas saludables. Información sobre recursos disponibles de la Comunidad relacionados con las adicciones	Buscar formas de ocupación del tiempo libre y otras formas de esparcimiento positivas	Exposición	2 horas
---	---	---	------------	---------

(Klimenko, 2018)

Agentes sociales necesarios para aplicarlos

Profesionales especializados en Enfermería en Salud Mental, Psicología, Trabajo Social y Médico.

Posibles beneficios del Programa en la vida de los adolescentes

Obtener una visión real acerca del consumo de sustancias, para su prevención y detección precoz.

Con este programa se espera potencializar los factores de protección en adolescentes ante el riesgo de consumos de drogas y otras conductas que pueden generar adicción, así como disminuir los factores de riesgo, creando hábitos saludables, conductas y actitudes responsables.

Instruir a las familias para mejorar las relaciones, fortaleciendo sus estrategias para enfrentar la educación de los adolescentes, generando relaciones armoniosas y positivas.

Mejorar la comunicación entre los adolescentes y las familias en el ámbito personal, familiar y comunitario.

Crear ambientes saludables, a partir de espacios para la distracción y esparcimiento positivo que mejore y garantice estados de salud favorables y relaciones asertivas.

Conclusión

La adolescencia es el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años, es una etapa importante, donde el individuo define su identidad, es común ver esta etapa como un proceso muy complicado por el grado de maduración cerebral de las personas, se podría decir que en ese período son muchos los factores de riesgos a conductas no productivas, que generalmente luchan contra los factores protectores, estos últimos como consecuencia de la crianza.

Los procesos Psicológicos de los adolescentes, ocurren durante la pubertad, es una etapa de definiciones e importantes cambios físicos y emocionales; existiendo una serie de conductas de riesgo en adolescentes, las cuales han sido consideradas determinantes en la salud de estos grupos, influyendo en la morbimortalidad, considerando entre ellas al consumo de drogas, embarazo, trastornos de la alimentación, enfermedades de transmisión sexual, depresión e incluso el suicidio o la conducta suicida, lo que repercute en la salud del adolescente; se considera como primer factor protector, y el más importante, a la familia, en su función de favorecer un desarrollo sano, a través de la educación y la funcionalidad familiar, contribuyendo a que éste sea una persona autónoma, capaz de enfrentar situaciones de la vida diaria; para ello el desarrollo de hábitos de vida saludable es necesario, pues desde la niñez se crean patrones de conducta, que tendrán que ver no solamente en la salud física, sino también psicológica, las relaciones sociales, a través de la adquisición de habilidades para la vida, y sobre todo el autocuidado del adolescente.

Los niveles de atención pretenden satisfacer las necesidades de salud de la población, centrado en los problemas de salud reales o potenciales, a través de una estructura ordenada y estratificada de organizar los recursos.

Existen tres niveles de atención: primer, segundo y tercer nivel, siendo el más próximo a la población, el primer nivel, pues es donde se materializa el primer contacto de los servicios de salud con el individuo, familia o comunidad, con acciones de promoción, prevención fundamentalmente, su atención se ofrece en instituciones de baja complejidad.

La promoción está basada en la orientación a cada uno de los entes que componen la comunidad, desde la persona, la familia y las organizaciones que interaccionan en el funcionamiento social; la educación para la salud es un elemento importante para llevar a cabo esta actividad.

La prevención está dada por niveles (prevención primaria, secundaria y terciaria) y universal, selectiva e indicada, todas apuntan hacia la atención integral, holística y humanizada en el cuidado a la salud.

Finalmente este capítulo integrador hace grandes aportaciones a la prevención de las adicciones en adolescentes, pues presenta un panorama de la situación actual, basado en literatura científica actual, ampliamente sustentada, donde expresa las estrategias, acciones y actividades específicas que se pueden llevar a cabo en el ámbito comunitario, la interacción del equipo multidisciplinario con la comunidad, el abordaje personal y familiar para crear y fortalecer los factores protectores ante el riesgo de consumo de sustancias, así mismo, la propuesta, una vez materializada, contribuye de manera sustancial en el desarrollo de habilidades sociales, manejo de emociones, al incremento de la autoestima, a partir del conocimiento de las situaciones relacionadas con la adicción, de esta manera impacta directamente en la calidad de vida y en el estado afectivo general de los adolescentes.

Referencias

- Álvarez Estupiñán, Miriam. (2013). La promoción y prevención: pilares para salud y la calidad de vida. *Correo Científico Médico*, 17(1), 79-82. Recuperado en 18 de febrero de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156043812013000100013&lng=es&tlng=es.
- Branded Content (15 de marzo de 2023) El consumo de drogas en adolescentes en México aumentó un 15% durante la pandemia. *El Economista*.
<https://www.bibguru.com/es/g/cita-apa-articulo-de-periodico-online/>
- CIJ (2019) Programa Preventivo. Recuperado el 20 de marzo de 2023, de <https://www.gob.mx/salud/cij/acciones-y-programas/programa-de-prevencion117990>
- Cortés-Cortés Manuel E., Alfaro Silva Andrea, Martínez Valeska, Veloso Bianca C.. Desarrollo cerebral y aprendizaje en adolescentes: Importancia de la actividad física. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2019 [citado 2023 Mar 18] ; 147(1): 130-131. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872019000100130&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S003498872019000100130>.
- Díaz Brito, Yoimy, Pérez Rivero, Jorge Luis, Báez Pupo, Francisco, & Conde Martín, Marlene. (2012). Generalidades sobre promoción y educación para la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(3), 299-308. Recuperado en 18 de febrero de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252012000300009&lng=es&tlng=es.
- ENCODAT (2016-2017). Prevalencia de consumo de sustancias en adolescente, recuperado el 18 de marzo de 2023, de <https://www.gob.mx/salud/conadic/es/#6024>
- Gaete, Verónica. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*,

- 86(6), 436-443. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.07.005>
- Galbe Sánchez-Ventura, J.. (2012). Prevención del consumo de alcohol en la adolescencia. *Pediatría Atención Primaria*, 14(56), 335-342. <https://dx.doi.org/10.4321/S113976322012000500010>
- Guillén de Maldonado, Ruth. (2005). Resiliencia en la adolescencia. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 44(1), 41-43. Recuperado en 20 de marzo de 2023, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752005000100011&lng=es&tlng=es
- Hernández Reyes Vicente Enrique, Hernández Castro Vicente Higinio, Águila Gutiérrez Yaíma, Hernández Fleites Xiovery. El grupo de rehabilitación de adicciones en la prevención del alcoholismo desde centros escolares. *Rev.Med.Electrón.* [Internet]. 2019 Abr [citado 2023 Mar 20] ; 41(2): 508-521. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168418242019000200508&lng=es.
- Klimenko, O., Plaza Guzmán, D., Bello Cardales, C., García González, J., Sánchez Espitia, N. (2018). Estrategias preventivas en relación a las conductas adictivas en adolescentes. *Revista Psicoespacios*, 12(20):144-172, doi: <https://doi.org/10.25057/issn.2145-2776>
- Langer, Álvaro I, Schmidt, Carlos, Aguilar-Parra, José Manuel, Cid, Cristian, & Magni, Antonella. (2017). Mindfulness y promoción de la salud mental en adolescentes: efectos de una intervención en el contexto educativo. *Revista médica de Chile*, 145(4), 476-482. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872017000400008>
- Loro, M (2021) 5 Consejos para Prevenir el Consumo de Drogas en la Adolescencia. Recuperado el 19 de marzo de 2023, de <https://psikids.es/2021/06/16/5-consejospara-prevenir-el-consumo-de-drogas-en-la-adolescencia/>
- Márquez-Caraveo María Elena, Pérez-Barrón Verónica. Factores protectores, cualidades positivas y psicopatología adolescente en contextos clínicos. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2019 Ago [citado 2023 Ene 17] ; 61(4): 470-477.

Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00363634201900040470&lng=es. Epub 31-Mar-2020. <https://doi.org/10.21149/10275>.

Medina-Mora, María Elena, Real, Tania, Villatoro, Jorge, & Natera, Guillermina. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos?. *Salud Pública de México*, 55(1), 67-73. Recuperado en 20 de marzo de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00363634201300010010&lng=es&tlng=es.

Pérez Escoda, Nuria, & Filella Guiu, Gemma. (2019). Educación emocional para el desarrollo de competencias emocionales en niños y adolescentes. *Praxis & Saber*, 10(24), 23-44. <https://doi.org/10.19053/22160159.v10.n25.2019.8941>

Quintero Fleites, Eva Josefina, Fe de la Mella Quintero, Sara, & Gómez López, Leysa. (2017). La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. *Medicentro Electrónica*, 21(2), 101-111. Recuperado en 20 de marzo de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930432017000200003&lng=es&tlng=es.

Rojas Piedra, Talia, Reyes Masa, Betti Del Cisne, Sánchez Ruiz, Jefferson, & Tapia Chamba, Alex. (2020). El consumo de sustancias psicoactivas y su influencia en el desarrollo integral de los estudiantes de la Unidad Educativa 12 de febrero de la ciudad de Zamora. *Conrado*, 16(72), 131-138. Epub 02 de febrero de 2020. Recuperado en 17 de enero de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S199086442020000100131&lng=es&tlng=es.

Salazar Ascencio, José, & Williamson Castro, Guillermo. (2015). Modelo integral de intervención para la prevención en drogodependencias: Aportes para la pedagogía social. *Perfiles educativos*, 37(148), 20-27. Recuperado en 20 de marzo de 2023, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018526982015000200018&lng=es&tlng=es.

Secretaría de Salud & CONADIC (2021) Informe sobre la Situación de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas en México 2021. Recuperado el 20 de marzo de 2023, de file:///Users/DrRafael/Downloads/INFORME_PAIS_2021.pdf

Sociedad Uruguaya de Pediatría (2007). Sobre la salud mental de las y los adolescentes. Archivos de Pediatría del Uruguay, 78(2), 160-161. Recuperado en 18 de marzo de 2023, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-12492007000200013&lng=es&tlng=es

Valenzuela Mujica, María Teresa, Ibarra R., Ana María, Zubarew G., Tamara, & Correa, M. Loreto. (2013). Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: rol de familia. Index de Enfermería, 22(1-2), 50-54. <https://dx.doi.org/10.4321/S113212962013000100011>

Vignolo Julio, Vacarezza Mariela, Álvarez Cecilia, Sosa Alicia. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch. Med Int [Internet]. 2011 Abr [citado 2023 Feb 18] ; 33(1): 7-11. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688423X201100010003&lng=es.

PLAN DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL RIESGO SUICIDA EN LA COMUNIDAD

La mayor riqueza es la salud mental

Dalai Lama.

Introducción

La prevención va más allá de lograr un comportamiento responsable de los individuos sobre su salud, se trata de crear una cultura de salud, que impacte en hábitos y costumbres sanas, manteniendo estilos de vida saludables, significa que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales (Camarelles, 2020). Son varios los aspectos de la prevención y promoción de la salud que están de plena actualidad y a los que debemos hacer frente, a través de programas eficaces que permitan elevar la calidad de vida de las personas, el autocuidado permanente y la detección oportuna. De ahí que como medio para instrumentarlos se hace necesario la Planeación Estratégica, considerada un proceso que conduce al capital humano a establecer metas organizacionales, definir estrategias y políticas para el logro de esas metas, desarrollar planes para asegurar la implantación de las estrategias y así obtener los fines buscados, por su parte la dirección estratégica centra gran parte de sus esfuerzos en identificar aquellos factores que más influyen en el éxito competitivo (Leyva et al., 2018)

La mente se relaciona con la experiencia subjetiva de estar vivo, de los pensamientos de sentimiento y de los pensamientos, de las ideas del intelecto a la inmersión interna de los sentidos alrededor de las palabras, a la conexión con los demás y con todo lo que lo rodea.

Reeducar la forma de pensar y de sentir tiene un enfoque estratégico, porque se dirige a acrecentar aspectos relevantes desde el punto de vista existencial y competitivo, frente a otros que no son sometidos a dicho proceso, ese enfoque se convierte en ventajas, representadas

por el sentido de la orientación, por la reapropiación, el autocentramiento y la autoreferencialidad; además, por competencias, aptitudes, destrezas, habilidades, hábitos, actitudes, conocimientos y valores que conducen al ser humano a pensar por sí mismo, a obrar en consecuencia y a autoevaluarse apropiadamente (Palacios, 2020).

En este proyecto o capítulo se describe la propuesta de un Plan de prevención y atención del riesgo suicida, iniciando con la descripción de los datos más relevantes en cuanto a incidencia, prevalencia y mortalidad del suicidio en México, a partir de la detección y evaluación del riesgo suicida.

La propuesta incluirá los objetivos, además de una breve descripción de, en qué consiste dicho programa, la población a la cual va dirigido, el número de sesiones y su duración, así como el lugar donde se llevarán a cabo, presentando las estrategias de prevención y atención del riesgo suicida que se utilizarán en el programa de prevención propuesto.

Información sobre incidencia del suicidio

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, cada año se suicidan cerca de 700,000 personas en todo el mundo. Entre las y los jóvenes, el suicidio es considerado la tercera causa de muerte a nivel global. En México el panorama es muy similar, puesto que en el año 2021, el INEGI en su Serie anual de defunciones por suicidio por entidad federativa y grupos de edad según sexo 2010-2021, arroja que durante los últimos tres años, las tasas más altas de suicidio se presentaron en el grupo poblacional de los jóvenes, específicamente, en la juventud tardía.

Año	Incidencia	Prevalencia	Mortalidad
2019	7,223	Los hombres de 15 a 29 años son el grupo con más riesgo, ya que ocurren 16.2	El suicidio en personas de 15 a 29 aumentó en los últimos años. En 2015 se estimó una tasa de 8.1
2020	7,896		
2021	8,351		

		suicidios por cada 100 mil hombres entre estas edades.	muerres por lesiones autoinfligidas por cada 100 mil personas de las edades mencionadas. En 2021, la tasa de suicidios para el mismo grupo fue de 10.4 por cada 100 mil personas. En el caso de los hombres de 15 a 29 años, el aumento en el riesgo de suicidio aumentó de 12.4 en 2015 a 16.2 en 2021 por cada 100 mil en esas edades
--	--	--	---

Fuente: INEGI, 2022

Detección y evaluación del Riesgo Suicida

La evaluación del riesgo suicida consiste en discriminar entre aquellos que van a suicidarse y aquellos casos en que solo lo parece. Para ello se utilizan escalas y cuestionarios o bien la entrevista clínica. Desde el modelo biomédico, la valoración del riesgo consiste en la aplicación de diferentes escalas de detección

Para la detección y evaluación de la conducta suicida se pueden utilizar algunas escalas o cuestionarios, como son:

El Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI): es un cuestionario formado por 14 ítems, 6 de ideación suicida positiva (factores protectores) y 8 de ideación suicida negativa (factores de riesgo), que son evaluados en el marco de las últimas dos semanas y en los que se pregunta qué tan a menudo la persona ha presentado cada uno de los 14 pensamientos. La persona debe responder haciendo uso de una escala de 5 puntos que oscilan entre 5(Nunca), 4(Casi Nunca), 3(A Veces), 2(Casi Siempre) y 1(siempre). Este inventario ha mostrado coeficientes de consistencia interna superiores a 0.8 y buena evidencia de validez

de constructo (concurrente y discriminante), tanto en muestras clínicas como noclínicas (Aloba, 2018)

Se encuentra también la Escala Paykel de Suicidio: es una herramienta diseñada para la evaluación de ideación suicida. Concretamente valora pensamientos de muerte (ítems 1 y 2), ideación (ítems 3 y 4) e intentos de suicidio (ítem 5). Aunque como su propio nombre indica esta herramienta valora la ideación suicida, lo cierto es que algunos de sus ítems hacen preguntas sobre comportamientos suicidas (p. ej., ítem 5). Consta de un total de 5 ítems con un sistema de respuesta dicotómico, Sí/No (puntuación 1 y 0, respectivamente). Las puntuaciones oscilan entre 0 y 5. El marco temporal al que se refieren las preguntas es al último año. A mayores puntuaciones mayor frecuencia y gravedad de ideación suicida (Fonseca-Pedrero & Pérez de Albéniz, 2020).

Escala de riesgo suicida de Plutchik (RS). Es una escala tipo Likert diseñada por Plutchik, que busca diferenciar las personas que presentan algún riesgo de presentar un intento de suicidio de los que no. La escala se compone de 15 ítems cuyas opciones de respuesta son de Si o No, cada respuesta afirmativa suma un punto, para un total de 15; a mayor puntaje mayor es el riesgo suicida. La prueba presenta una consistencia de interna de .90, fiabilidad tesretest de .89, sensibilidad y especificidad de 88% para un punto de corte en 6 (Gómez, 2020).

A pesar del número de instrumentos para la detección de las conductas suicidas y la evaluación del riesgo con los que se cuentan, aún no existe ninguno que permita evaluar con exactitud el riesgo inminente de suicidio. La mayoría de suicidios ocurren sin que las escalas sean capaces de detectar la existencia de un nivel alto de riesgo. La toma de decisiones basada en una estratificación del riesgo podría estar llevando a implementar tratamientos restrictivos y coercitivos (farmacológicos, ingresos involuntarios, privación de libertad) en personas que quizás no lo necesiten tanto, con sus potenciales efectos dañinos, y acaso dejando sin ayuda a los que finalmente se acaban suicidando (González, García-Haro & García-Pascual 2019).

Por lo anterior es imprescindible para detectar y evaluar el riesgo suicida tener en cuenta los factores de riesgo.

Según Mayorga (2018) existen diverso tipos de causas y factores de riesgo que inciden en el suicidio. Entre ellas encontramos enfermedades o trastornos psíquicos y conductuales tales

como: depresión, trastornos de personalidad, alcoholismo, esquizofrenia, trastorno mental orgánico. También enfermedades somáticas, donde se hallan, por ejemplo: epilepsia, cáncer, VIH/sida, diabetes, esclerosis múltiple, enfermedades renales y hepáticas. Se encuentran también factores sociodemográficos y medioambientales, tales como fragmentación sociocultural, problemas interpersonales, rechazo, duelos, dificultades financieras, exposición al suicidio, estado civil, migración, desempleo, acontecimientos estresantes, embarazos no deseados, pérdidas sentimentales, entre otros. De la misma manera que ha señalado que personas cuyas edades oscilan entre los 18 y 34 años, comprendidos en la denominación de adulto joven, los conflictos en la familia y el empleo suelen ser los factores más prevalecientes en la génesis del suicidio. Sin embargo, creemos pertinente argumentar más hipótesis que sustenten las probabilidades de los casos que llevan al suicidio.

- Las personas que tienen muchos factores de riesgo y pocos factores protectores tienen más probabilidades de suicidarse.
- Las personas que sufren exclusión social, marginación y además carecen de redes de apoyo tienen más probabilidades de cometer el acto suicida.
- Las personas con más posibilidades de suicidarse son aquellas que además de tener problemas de salud mental, consumen estupefacientes de manera habitual.
- Las personas que no saben gestionar bien sus emociones pueden tener tendencias suicidas.
- En la mayoría de casos en los que se plantea el suicidio existe una pérdida del sentido vital

Existen protocolos de atención ante la ideación suicida, la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM, establece diferentes medidas como son:

Instrumentar campañas de difusión y sensibilización en la Comunidad, hace referencia a que dicha campaña deberá ser parte de un Plan de Promoción y Prevención de la Salud Mental que cada entidad y dependencia deberá elaborar de acuerdo con sus necesidades particulares y el formato que decida pertinente (videos, folletería, infografías, entre otros) y con los ejes ya definidos que incluye aspectos:

- De psico-educación, tales como salud psico-emocional, intervención médica y psicosocial.
- Formas para reducir o eliminar estigmas relacionados con comportamientos de autolesión o intento de suicidio.
- Acerca de espacios y lugares terapéuticos para tratar los comportamientos de personas que sufren comportamiento de auto-lesión o intento de suicidio.
- De difusión de Directorios de Atención Psicológica, así como del área de vigilancia de la entidad o dependencia para reportar intentos de suicidio.
- Cursos teórico-prácticos sobre auto-lesiones e intento de suicidios.
- Diagnósticos de salud psico-emocional y física, médicos y socioeconómicos, entre otros.

Otros protocolos como el planteado por para atender a la persona ante el acto inminente del suicidio (Martín, 2016):

Refiere el autor que esta metodología debe ser utilizada por una persona entrenada, con habilidades y recursos psicológicos. La evaluación del sujeto en cada fase permitirá diseñar la siguiente.

Presentación:

Exponer el nombre y la profesión a la mayor distancia, pero suficiente para tener contacto visual y auditivo con el sujeto. El psicólogo debe presentarse como un profesional y manifestar que está en esa situación para ofrecer la ayuda que se le demande.

Acercamiento progresivo:

Debe hacerse con aproximaciones sucesivas y siempre pidiendo permiso para ello, anticipando, avisando y describiendo cada uno de los movimientos que realice, reforzando el consentimiento verbalmente o mediante gestos (gracias, vale, de acuerdo, muy bien, asentimiento, sonrisa).

Hay que tener en cuenta que el acercamiento debe ser lento y pausado ya que los movimientos o acciones bruscas pueden alterar al sujeto. Inicialmente el acercamiento se detendrá cuando el psicólogo esté seguro que las señales de emisor y receptor son captadas.

Utilizar apoyos del entorno para la aproximación:

Parece y es natural utilizar elementos propios o del entorno para realizar el acercamiento (silla, mesa, cigarro, bebida, teléfono, pared,) siempre para intentar acercarnos lo suficiente para poder establecer el rol correspondiente de emisor y receptor.

Acercamiento psicológico:

Hay que intentar combinar la aproximación física con la psicológica mediante la conexión empática sucesiva y la escucha activa, todo ello lentamente ya que intentar convencerle de forma inmediata propicia el fracaso.

Consideraciones del Centro de Atención

A continuación, se realiza un análisis del documento anexo al proyecto y un abordaje de la propuesta.

Para empezar el análisis del documento adjunto, el cual trata de un Manual de Procedimientos del Centro Integral de Salud Mental, iniciaré diciendo que este contempla todo el marco jurídico legal correspondiente, así como los aspectos éticos que atañen a cada una de las disciplinas, describe puntualmente el propósito, alcance, políticas de operación, norma y reglamentos de cada uno de los procedimientos, describiéndolo, además de mostrar una representación en forma de diagrama de flujo, finalizando con los registros pertinentes, los posibles cambios y otros documentos que pueden apoyar al profesional en la ejecución.

En su introducción hace una descripción de la institución a la que va dirigido el manual, reconoce a las organizaciones participantes y programas de los cuales se alimenta, su objetivo lo dirige a definir y describir los procedimientos que llevan a cabo en las distintas áreas

clínicas y de diagnóstico del Centro Integral de Salud Mental, con la finalidad de dar a conocer dicha información tanto al personal como a los usuarios y favorecer la comunicación entre áreas, así como el correcto funcionamiento de las mismas.

A continuación, se describirá un pequeño análisis de cada uno de los procedimientos contenidos en el manual.

Recursos

El objetivo de los manuales de procedimientos es expresar una información detallada, ordenada, sistemática e integral, sirviendo de apoyo para el personal que labora en una institución determinada (Vivanco, 2017), lo anterior, hace pensar que ello garantiza la calidad de los procesos, sin embargo, una deficiencia que tienen los manuales, incluyendo éste es el darle un enfoque hacia modelos de calidad como el planteado por Adevis Donabedian, en su enfoque de estructura, proceso y resultado y sus tres dimensiones de la calidad (técnica, interpersonal, amedidades) (López et al., 2021).

Además de lo anterior se puede decir que en este procedimiento no deja claro el tipo de personal profesional del área de salud intervendría, al mencionar al personal administrativo de diferentes áreas, trabajo social y personal de psiquiatría, en este último no especifica, qué personal de psiquiatría (médico, enfermería), no contempla el área de psicología y lo enfoca más a la atención psiquiátrica que a la salud mental, si recordamos algunos planteamiento en diferentes estudios, como el de Miranda (2018), hace referencia que aunque históricamente salud mental y psiquiatría son cuestiones que van juntas, a la vez son diferentes; desde esa posición podríamos inferir que no considera los profesionales que abordan la salud mental de las personas, grupos y comunidades, siendo que estos tienen las competencias requeridas para realizar valoraciones integrales, holísticas y humanísticas.

Asignación de tareas

En cuanto a la asignación de tareas es preciso y claro en relación a quién las debe de realizar, sin embargo centraliza todo en el trabajo de psiquiatría médica, por lo que es una atención meramente biologicista, considero se debería dar más oportunidad a la promoción de la salud

mental y realizar actividades hacia el área comunitaria circundante, con acciones fuera de la clínica para desde el lugar donde nace el problema (familia) detectarlo y tratarlo en tiempo, ello reforzaría el vínculo con la Atención Primaria a la Salud (APS), por muchos años, la propuesta de la atención a la salud mental en la comunidad era escasa y carecía fundamentalmente de la voluntad de quienes tienen en su poder la toma de decisiones y el poco convencimiento de los profesionales que ofrecerían dicha atención (Vargas & Villamil, 2016).

De la propuesta del Proyecto

Esta propuesta está dirigida a la prevención y detección de ideación suicida en estudiantes de la enseñanza superior del Centro Universitario UAEM Valle de Chalco de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMex), así mismo dar atención oportuna a quienes lo requiera, a través de mecanismos internos y de vínculos con instituciones especializadas, con las cuales se establecerán convenios de colaboración, éste proyecto se incluirá dentro del trabajo de la incubadora de empresas con la que cuenta el centro universitario.

Recursos

Se contará con profesionales de Enfermería (3) y Psicología (1) altamente capacitados, así como del departamento de vinculación y extensión universitaria y la coordinación de tutoría del centro educativo. El centro de atención se ubicará dentro del espacio universitario, específicamente en el edificio C, para el desarrollo de las actividades, se podrán ocupar aulas, salas especiales, incluyendo las digitales, aula de usos múltiples, auditorio. A través de la incubadora de empresas, se podrá obtener apoyo de empresas y organizaciones externas.

Asignación de tareas

En relación a las actividades que se desempeñarán, consistirán en la psicoeducación, de la cual se encargarán los profesionales de Enfermería, terapia cognitivo conductual a cargo del

personal de psicología, en el caso del departamento de vinculación y extensión universitaria, serán los responsables de coordinar el sistema de referencia y contrarreferencia.

Procedimientos

Detección de alumnos con riesgo de suicidio

Objetivo: detectar oportunamente alumnos con signos de ideación suicida.

Alcance: se realizará a todos los universitarios en el mismo espacio educativo

Responsable	Actividad
Coordinación de tutoría	1.- Realizará la convocatoria a través de los tutores de cada grupo 2.- Proporcionará al equipo los correos electrónicos de los estudiantes
Enfermería	1.-Enviará a cada correo el instrumento el link para responder el instrumento de evaluación de riesgo
Psicología	1.- Hará el análisis de los resultados 2.- Elaboración de informe

Psicoeducación o promoción a la salud mental, a través de talleres

Objetivo: Fomentar las emociones positivas, consciencia, optimismo, fortalezas personales y sentido de la vida para el fortalecimiento de los factores protectores desde diferentes enfoques psicológicos positivos

Alcance: estará dirigido a todos aquellos universitarios que hayan mostrado rasgos de ideación suicida o algún factor predisponente a ello

Responsable	Actividad
Enfermería	1.- Planear los talleres 2.- Llevar a cabo la psicoeducación con un enfoque hacia el autocuidado
Psicología	1.- Aplicará técnicas y terapia psicológicas, según sea el caso 2.- hará las referencias a unidades especializadas de casos que lo ameriten
Extensión y vinculación	1.- Tendrá a su cargo la coordinación con las unidades especializadas para que sean atendidos los alumnos con problemas mayores, difícil de resolver con la psicoeducación 2.- Dar seguimiento a la atención de los universitarios en las unidades especializadas

Propuesta Prevención:

Objetivo General:

Fortalecer las habilidades sociales y emocionales en adolescentes y jóvenes con riesgo de ideación suicida.

Objetivos específicos:

- Proporcionar al adolescente una propuesta saludable, para mejorar las relaciones interpersonales, la comunicación con las personas que lo rodean, y el manejo asertivo de sus emociones.
- Establecer relaciones de empatía, cooperación, tolerancia, confianza, responsabilidad, en dicha población, mediante las actividades propuestas.

- Mejorar la capacidad de afrontar las crisis vitales y el stress situacional por el que atraviesan.
- Desestimular la percepción favorable del suicidio en los adolescentes.
- Brindar estrategias al adolescente y al joven que le permiten resignificar su sentido de vida.
- Fomentar el desarrollo de un medio ambiente saludable y seguro.
- Generar eventos vitales que permitan la identificación y refuerzo de las defensas endógenas y exógenas frente a situaciones traumáticas y de estrés, reconociendo la capacidad de recuperación ante condiciones adversas, que poseen los niños y adolescentes.
- Crear redes de apoyo que ayude emocionalmente a las personas, familias y comunidades afectadas por intolerancia, problemas familiares, y problemas de la salud mental de la población independientemente de sus creencias e ideologías
- Fortalecer la autoestima de adolescentes y jóvenes.

Presentación

El suicidio es el acto deliberado de quitarse la vida. El proceder suicida incluye el espectro de pensamientos o ideas que giran en torno al suicidio o la muerte (ideación suicida) hasta el acto fatal del suicidio, este se puede definir como el resultado de la conducta autoinflingida que tiene como objetivo, conseguir la muerte, los registros a nivel mundial, muestran una cifra alarmante, cada año se suicidan alrededor de 800 000 personas

Según la Organización Mundial de la Salud, es la tercera causa de muertes en adolescentes y jóvenes comprendidos entre los 15 y 19 años de edad y la segunda del grupo entre 10 y 24 años de edad, suponiendo la vulnerabilidad en estas edades por la complejidad de su desarrollo psicológico, sobre todo en la adolescencia (Soto et al., 2021).

La mayoría de adolescentes y jóvenes que intentan suicidarse lo hacen a causa de un hecho detonante que supera las herramientas disponibles de cada individuo para superar el fracaso o la frustración, es por ello que, una forma de prevenir el suicidio es fortaleciendo sus recursos personales para que puedan tener herramientas a la hora de enfrentar las situaciones difíciles que se le presentan.

Por lo anterior se hace imprescindible generar propuestas de planes de intervención para la prevención de tal fenómeno, con un enfoque integral, al cual se debe dedicar los recursos necesarios en la obtención de resultados satisfactorios, que disminuya la prevalencia e incidencia, no solo del acto suicida, sino de la ideación suicida.

Los programas de prevención tradicionales ponen demasiado énfasis en las acciones de conocimiento y cambio de actitudes hacia los factores de riesgo, sin centrarse en las acciones formativas necesarias para practicar las conductas sustitutivas de las conductas de riesgo. La acción preventiva presupone conocer las variables que generan el problema y sus posibles soluciones, los comportamientos que se deben desarrollar en la comunidad para reducir los daños, los procesos o métodos para cambiar dichos comportamientos antes mencionados y los enfoques metodológicos para su evaluación, así como los efectos de nuestra intervención (Guibert, 2022).

Los programas escolares de prevención del suicidio deben incluir la prevención, la intervención y la pos prevención, combinando dentro de cada una de estas tareas la aplicación de conocimientos científicos esenciales sobre el suicidio con el uso de técnicas El arte afectivo participativo y los talleres creativos lúdicos permiten la evaluación de procesos, el intercambio de conocimientos, construcción del conocimiento y aprendizaje de conductas de apoyo, creatividad, flexibilidad y aprendizaje actividad docente, diálogo grupal, errores de aprendizaje, dinámica grupal y participación y educación emocional (Guibert, 2022).

Propuesta Prevención:

Público

La propuesta de Prevención del suicidio está dirigida a adolescentes y jóvenes de un espacio educativo de la enseñanza profesional comprendido entre los 17 y 25 años de edad, en dicho espacio educativo, convergen varias disciplinas del conocimiento de diferentes áreas para la atención, producción y servicios a la sociedad. La propuesta comenzará con una presentación de la propuesta a los participantes y orientación sobre cómo se van a realizar las siguientes sesiones. Seguidamente, se trabajará con las emociones positivas, consciencia, optimismo, fortalezas personales y sentido de la vida para el fortalecimiento de los factores protectores desde diferentes enfoques psicológicos positivos.

Sesiones y lugar esta propuesta es tomada de Fernández (2020)

Sesión	Título	Objetivos	Recursos	Lugar	Duración
1	Presentación y orientación	<ul style="list-style-type: none"> • Informar y concienciar sobre la importancia de compromiso con el programa. 	Bolígrafos	Centro Universitario	1 hora

		<ul style="list-style-type: none"> • Crear alianza terapéutica con los participantes. • Fomentar un ambiente cálido y cohesión grupal. 			
2	Emociones Positivas	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar en la capacidad de identificación de las emociones positivas. • Promover la experiencia de las emociones positivas. • Concienciar sobre la importancia de las emociones positivas en la calidad de vida. 	Videos emocionales, altavoz y proyector	Centro Universitario	1 hora
3	Consciencia y Plenitud	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar procesos de regulación de las emociones positivas y negativas. • Ayudar a desarrollar prácticas y 	Uvas pasas	Centro Universitario	1 hora

		<p>actitudes atencionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> Favorecer el entrenamiento en consciencia y plenitud de actividades diarias a través de mindfulness 			
4	Gratitud y Optimismo	<ul style="list-style-type: none"> Favorecer la promoción del bienestar, satisfacción y calidad con la vida. Explorar los efectos de expresar gratitud. Ayudar a replantear los acontecimientos negativos diarios mediante la visión optimista. 	Cuaderno y lápices	Centro Universitario	1 hora

5	Fortalezas Personales	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar acerca de la importancia de las fortalezas. • <input type="checkbox"/> Potenciar la práctica de las 	Hoja y bolígrafos	Centro Universitario	1 hora
---	-----------------------	---	-------------------	----------------------	--------

		<p>fortalezas personales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Ayudar a conocer cuáles son las fortalezas que más han utilizado en su vida 			
6	Objetivos y Sentido Vida	<ul style="list-style-type: none"> • Informar sobre la importancia del sentido de la vida. • Ayudar a establecer propósitos y metas alcanzables y realistas en un futuro. • Optimizar la calidad y satisfacción con la vida. 	Hojas y bolígrafos.	Centro Universitario	1 hora

7	Reestructuración Creencia	<ul style="list-style-type: none"> • Modificar los patrones de comportamiento disfuncionales mediante reestructuración cognitiva. 	Cartulinas, posit y bolígrafos.	Centro Universitario	1 hora
---	------------------------------	--	--	-------------------------	--------

		<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer el pensamiento más adaptativo para el afrontamiento del estrés. • Debatir sobre el concepto que se tiene del suicidio. 			
--	--	---	--	--	--

8	Solución de Problemas	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar la importancia del entrenamiento de solución de problemas en nuestra vida diaria. • Favorecer las estrategias de afrontamiento a los problemas. • Mejorar la calidad de vida mediante la relajación. 	Bolígrafos	Centro Universitario	1 hora
9	Autocontrol y Autoeficacia	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el autocontrol en los participantes. • Dotar de estrategias y técnica para el 	Altavoz.	Centro Universitario	1 hora
		<p>control de impulsos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar acerca de la importancia de la autoeficacia. 			

10	Cierre y Reflexión	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar los recursos y fortalezas desarrolladas en el programa. • Concienciar sobre los cambios y estrategias de afrontamiento para mantener en el futuro. Reflexionar sobre los logros y metas alcanzadas. 	Carta, papel y bolígrafos	Centro Universitario	1 hora
----	--------------------	---	---------------------------	----------------------	--------

Lugar donde se llevará a cabo el programa:

Como anteriormente se ha mencionado, este programa dirigido a adolescentes y jóvenes universitarios, se llevará a cabo en la Universidad Autónoma del Estado de México, en una de sus sedes, específicamente el en Centro Universitario UAEM Valle de Chalco, ubicado en el oriente del Estado de México, el cual cuenta con 8 edificaciones y en ellas, aulas, laboratorios, talleres, aulas digitales, aula de usos múltiples, auditorio, centro cultural, incubadora de empresa, biblioteca, salas de computación, entre otras, el centro de atención se ubicará en el edificio C, pero para la psicoeducación, podrá hacer uso de cualquiera de estos espacios, dependiendo de la actividad a realizar, cada espacio cuenta con toda la tecnología necesaria, medios didácticos, gestores de información, facilitadores, personal administrativo, de limpieza, mantenimiento, entre otros que apoyan no sólo la formación

académica, sino también lo referente a cualquiera de los aspectos que puedan incidir en la vida universitaria.

El local donde se llevará a cabo el registro de casos es una oficina que contará con escritorio y equipo de cómputo con una medida de 3 x m², con suficiente ventilación así como lo solicitan los organismos acreditadores, a los cuales también tendremos que ofrecer información de lo que se realiza y los resultados que se obtienen; en el caso de las aulas tienen una medida estándar de 6 x 4m², todas tienen adecuado sistema de ventilación, equipo para trabajo audiovisual, entre ellos proyectores, pizarrones tradicionales y digitales; las aulas de computación están equipadas con Mac, sistema operativo y procesadores actualizados, paquetes de procesamiento estadísticos.

Para el caso de la unidad externa con la cual se harán convenio de colaboración para la referencia y contrarreferencia de casos, si fuera necesario, se trata de un hospital de tercer nivel, con especialización en psiquiatría, este nosocomio cuenta con servicios de psicología, psiquiatría, enfermería, trabajo social, laboratorio clínico y todos los demás que cualquier institución debe de contar, de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 025, posee tecnología para estudios especiales, atiende los 365 días del año, las 24 horas, destacando en su infraestructura un servicio de intervención en crisis y de corta estancia, el hospital se encuentra ubicado en la misma zona del Centro Universitario, a solo 10 minutos de distancia en auto, está en el municipio de Valle de Chalco Solidaridad, en el Estado de México, es una dependencia federal de la Secretaría de Salud, atiende población en general y es gratuita.

Estrategias de Prevención

- Identificación de factores de riesgos de suicidio en adolescentes y jóvenes de la comunidad universitaria, a través de la entrevista en busca de ideas de muerte, la concepción que tienen acerca de la muerte, reforzando las entrevistas con el uso de la Escala Paykel de Suicidio, la cual es una herramienta diseñada originalmente para la evaluación de las diferentes manifestaciones de la conducta suicida en población clínica, será apoyado por el programa institucional de tutoría (Fonseca-Pedrero & Pérez de Albéniz, 2020).

- Tratamiento oportuno de la depresión y ansiedad, a través de terapia breve, la cual tiene como objetivo la toma de decisiones y el inicio del cambio comportamental, está indicada para el tratamiento de déficit o excesos conductuales, así como para desajustes emocionales específicos y transitorios, pretende incrementar la motivación y disponibilidad hacia el cambio, incrementando el sentido de autoeficacia del consultante (Barreira et al., 2021).
- Implementación de talleres de sensibilización y fomento de reforzadores de los factores protectores, de esta forma, se pretende llevar a cabo un programa integral orientado a la prevención de la conducta suicida, puesto que intervenciones a distintos niveles son más efectivas, pretendiéndose trabajar con diferentes enfoques psicológicos y técnicas metodológicas para la reducción de factores de riesgo, así como para el aumento de factores de protección mediante el fomento de las fortalezas humanas en el adolescente, con ello favorecer la salud emocional y el bienestar psicológico para lograr mejorar la calidad de vida, y, disminuir el riesgo suicida en la población de adolescentes y jóvenes universitarios, una vez que se abordarán tanto los factores de riesgo como los factores de protección, facilitando así la detención y afrontamiento del suicidio (Fernández, 2020).

Conclusiones

Los adolescentes experimentan fuertes sentimientos de estrés, confusión, dudas de sí mismos, presión para lograr éxito, incertidumbre financiera y otros miedos mientras van creciendo. Para algunos adolescentes el divorcio, la formación de una nueva familia con padrastros y hermanastros o las mudanzas a otras nuevas comunidades pueden perturbarlos e intensificarles las dudas acerca de sí mismos. Para algunos adolescentes, el suicidio aparenta ser una solución a sus problemas y al estrés.

Desde la perspectiva psicológica el acto de quitarse la vida puede leerse de diferentes maneras: una acción desesperada de quien no encuentra otra salida, un intento de comunicarse o de llamar la atención, una agresión con dedicatoria, una vía para descargar

resentimientos y deseos hostiles. Para Freud, padre del psicoanálisis, todo suicidio es un homicidio frustrado.

El inconsciente suicida también se manifiesta en las conductas de alto riesgo, sobre todo entre los adolescentes, en quienes no hay tal vez una intención autodestructiva, pero sí un reto o un desafío a la vida consistente en conducir autos a altas velocidades, practicar deportes de alta peligrosidad, etc. La búsqueda de emociones fuertes los acerca a la muerte y, entre más se acercan, más emocionante es la vida.

La estrategia preventiva de este enfoque en lugar de la tradicional primaria, secundaria y terciaria consiste en las llamadas intervenciones por población, que permiten diseñar acciones más precisas y efectivas. Dichas intervenciones se dirigen a tres tipos de poblaciones: a) la universal, que abarca a la población general; b) las selectivas, que se enfocan en grupos de alto riesgo, y c) las recomendadas, que no se dirigen a grupos, sino a individuos de muy alto riesgo.

La prevención efectiva del suicidio resulta un desafío para los profesionales y factores sociales responsables por la salud mental de los adolescentes.

Por último, esta propuesta de intervención cumple con su objetivo de fortalecer las habilidades sociales y emocionales en adolescentes y jóvenes con riesgo de ideación suicida.

Referencias

- Aloba, O., Adefemi, S., & Aloba, T. (2018). Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory: Initial psychometric properties as a suicide risk screening tool among Nigerian university students. *Clinical Medicine Insights: Psychiatry*, 9, 1-9. <https://doi.org/10.1177/1179557317751910>
- Barreira Alsina, Ignacio, Bevacqua, Leandro Nicolas, Bidal, María Camila, Amaya, Cesar Gabriel, & Varela, Paula Daniela. (2021). Efectividad de tratamientos breves y focalizados según la percepción de pacientes con ansiedad y depresión. *Revista Eugenio Espejo*, 15(3), 29-37. <https://doi.org/10.37135/ee.04.12.04>
- Camarelles Guillem F. (2020). La prevención y la promoción de la salud en tiempos de cambio [Prevention and health promotion in times of change]. *Atencion primaria*, 52 Suppl 2(Suppl 2), 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.09.006>
- Campillo Serrano Carlos, Fajardo Dolci Germán. Prevención del suicidio y la conducta suicida. *Gac. Méd. Méx* [revista en la Internet]. 2021 Oct [citado 2023 Jun 07] ; 157(5): 564-569. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132021000500564&lng=es. Epub 13-Dic-2021. <https://doi.org/10.24875/gmm.21000205>.
- Fernández Moratilla, Eva. (2020) Trabajo Final de Master. Prevención del suicidio en adolescentes: Un programa integral basado en sus factores de riesgo y de protección. Recuperado el 10 de junio de 2023, de https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/42851/TFM_Fernandez_%20Moratilla_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Fonseca-Pedrero, E. & Pérez de Albéniz, A (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la escala Paykel de suicidio. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>

- Fonseca-Pedrero, Eduardo, & Pérez de Albéniz, Alicia. (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: a propósito de la Escala Paykel de Suicidio. *Papeles del Psicólogo*, 41(2), 106-115. Epub 02 de agosto de 2021. <https://dx.doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>
- Gómez et al., (2020). Riesgo suicida y su relación con la inteligencia emocional y la autoestima en estudiantes universitarios. *Terapia Psicológica*, vol. 38, no. 3 (diciembre 2020). Recuperado el 10 de junio de 2023 de <https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v38n3/0718-4808-terpsicol-38-03-0403.pdf>
- González Chico, María Gabriela, Viteri Rodríguez, Juan Alberto, & Suárez Naranjo, Carlos Sebastián. (2021). Conocimiento sobre suicidio en adolescentes de la Unidad Educativa Aníbal Salgado Ruiz del Cantón Tisaleo. *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*, 8(spe2), 00008. Epub 21 de abril de 2021. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2590>
- González González, Marta, García-Haro, Juan, & García-Pascual, Henar. (2019). Evaluación contextual-fenomenológica de las conductas suicidas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 15-31. Epub 11 de noviembre de 2019. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352019000100002>
- Guibert Reyes, Wilfredo. (2002). Prevención de la conducta suicida en la APS. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 18(2), 149-154. Recuperado en 10 de junio de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252002000200009&lng=es&tlng=es.
- INEGI. Comunicado de prensa núm. 503/22 8 de septiembre de 2022. Recuperado el 10 de junio de 2022, de https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_SUICIDIOS22.pdf
- Leyva Carreras, Alma Brenda, Cavazos Arroyo, Judith, & Espejel Blanco, Joel Enrique. (2018). Influencia de la planeación estratégica y habilidades gerenciales como

factores internos de la competitividad empresarial de las Pymes. *Contaduría y administración*, 63(3)<https://doi.org/10.22201/fca.24488410e.2018.1085>

López Ramírez, Edith, Sifuentes Valenzuela, María Cristina, Rodríguez, Rebeca Lucero, Aguilar, Sonia Lilia, & Perea González, Gloria Patricia. (2021). Evaluación de la calidad del servicio en las clínicas de la Licenciatura en Estomatología de la BUAP: metodologías SERVPERF y Donabedian. *Entreciencias: diálogos en la sociedad del conocimiento*, 9(23), e2377710. Epub 21 de febrero de 2022.<https://doi.org/10.22201/enesl.20078064e.2021.23.77710>

Martín Pérez, V., (2016). Conducta suicida. Protocolo de intervención. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 233-250.

Mayorga Aldáz, Elizabeth Cristina. (2018). Protocolo para la detección y Manejo inicial de la ideación suicida. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 16(1), 203-219. Recuperado en 10 de junio de 2023, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S20772161201800010009&lng=es&tlng=es.

Miranda Hiriart, Gonzalo. (2018). ¿De qué hablamos cuando hablamos de salud mental?. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, vol. 23, núm. 83, pp. 86-95, 2018. Recuerado el 10 de junio de 2023, de <https://www.redalyc.org/journal/279/27957772009/html/>

Palacios Rodríguez, Miguel Ángel. (2020). Planeación Estratégica, instrumento funcional al interior de las organizaciones. *Revista Nacional de Administración*, 11(2), 2756. <https://dx.doi.org/10.22458/rna.v11i2.2756>

Soto Salcedo, Alexis, Villarroel Gruner, Patricia, Véliz Burgos, Alex, Moreno Leiva, Germán, & Estay Sepúlveda, Juan Guillermo. (2021). Intervenciones para la prevención del suicidio en adolescentes y jóvenes. Revisión sistemática. *Revista Eugenio Espejo*, 15(3), 145-161. <https://doi.org/10.37135/ee.04.12.13>

Vargas Terrez, Blanca Estela, & Villamil Salcedo, Valerio. (2016). La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Salud mental*, 39(1), 3-9. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.062>

Vivanco Vergara, María Eugenia. (2017). Los manuales de procedimientos como herramientas de control interno de una Organización. Revista Universidad y Sociedad, 9(3), 247-252. Recuperado en 10 de junio de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S221836202017000300038&lng=es&tlng=es

INTERVENCIÓN EN EL BIENESTAR PSICOSOCIAL DEL ADULTO MAYOR

Poder sentirse seguro con otras personas es probablemente el aspecto más importante de la salud mental. Las conexiones seguras son fundamentales para una vida significativa y satisfactoria. Bessel A. van del Kolk.

Introducción

Para hablar de intervención en el bienestar psicosocial, es necesario primeramente tener en cuenta aspectos que están ligados fuertemente al bienestar, cuando hablamos de ello, es necesario reconocer que existe, bienestar físico, psicológico y subjetivo, cada uno se expresa en un estado de tranquilidad, armonía, paz interior y equilibrio con el medio interno y externo de cada persona. El bienestar físico hace referencia a la ausencia de síntomas de cualquier índole, así como de sensación de durabilidad, resistencia, autoconfianza, optimismo, entre otros; por su parte el bienestar psicológico, se centra en el estudio del crecimiento personal, el propósito en la vida y la autorealización, dejando al bienestar subjetivo como la experiencia de satisfacción con la propia vida, expuesto a través de un factor cognitivo, y afectivo cuando está determinado por un nivel alto de afecto positivo y bajo nivel de afecto negativo (GarcíaAlandete, Joaquín, 2014).

En este capítulo tratará de una revisión bibliográfica, que permitirá la disertación sobre la intervención psicosocial en adultos mayores, a partir de una descripción de las características de este grupo poblacional, que incluye, los factores de riesgo y protección, la importancia de la intervención psicosocial, el bienestar psicológico y los factores que influyen en él, teniendo como aspectos relevantes del bienestar, la autoestima y la autoeficacia. A partir de todo lo anterior se presentará un Taller de Intervención Psicosocial para los adultos mayores, el cual conducirá a la expresión de sentimientos hacia las personas con quien interactúan frecuentemente, desarrollando estrategias de autoeficacia, autocontrol emocional, fortaleciendo las habilidades sociales y el mejoramiento de la memoria, la adaptación

ecológica, entre otros aspectos psicológicos, facilitando la interacción positiva de los adultos mayores con familiares y amigos, promoviendo así, la participación en espacios de socialización y el manejo del tiempo libre, para obtener una mejor autoestima del adulto mayor (Rodríguez et al., 2010).

Consideraciones sobre la vejez (Adultos Mayores)

El uso del término "adulto mayor" como eufemismo puede verse como un intento de ocultar la dureza y la verdadera esencia de la vejez, que se asocia con estereotipos negativos, retratándola como una carga y un estado que no trae ningún beneficio. pero solo gastos.

Desde el punto de vista de la ley, se puede decir que el propio sistema, como lector autorizado, tiende a definir la vejez con base en criterios biológicos y fisiológicos sin ningún nivel de conceptualización claro y aceptable de la vejez. También se supone que aquellas personas cuyas características fisiológicas y psicológicas están poco desarrolladas o no necesariamente confluyen a una determinada edad, son individuos que presentan una pérdida en su individualidad y necesitan ayuda, apoyo, tratamiento, cuidado, consideración, protección y solidaridad sobre todo de parte de otros, pero especialmente del Estado a través de normas legales (Abaunza et al., 2014).

El concepto de vejez es abordado en la sociología gerontológica con tres tipos de definiciones. La primera definición considera la vejez cronológica, donde la edad es vista como un factor crucial para comprender esta etapa. La segunda definición ve la vejez funcional como un estado que surge cuando comienzan a aparecer limitaciones y discapacidades. Por último, la vejez se considera una fase del ciclo de vida de las personas que comparte cualidades distintas. Con base en la revisión de la literatura, se puede observar que la percepción de la vejez se aborda desde aspectos subjetivos individuales que abarcan elementos biológicos que incluyen cambios, capacidades psicosociales y cognitivas (Rodríguez, 2018).

El proceso de envejecimiento en las sociedades modernas se está produciendo a gran velocidad, lo que no se puede negar, pero sí se puede comprobar con los datos que describen

esta tendencia como lo confirma el AgeWatch Global, donde contamos con indicadores y elementos globales. El índice se mide por el envejecimiento de la población, que es el número de miembros de la población mayores de 60 años. Por ejemplo, de este indicador se desprende que existe un ritmo lento de envejecimiento en las sociedades jóvenes con menos del 10% de la población total mayor de 60 años, en las sociedades en transición con este indicador oscilando entre el 10 y el 19%, mientras que en las sociedades que envejecen esto va hasta el 29% y para las sociedades hiperenvejecidas supera el 30% (World population prospects, 2015).

Se ha desarrollado un indicador de envejecimiento global AgeWatch utilizando variables que definen el nivel de bienestar de las personas mayores. Por tanto, es importante conocer los deseos e intereses de las personas mayores, que en 2015 constituían alrededor del 12,3% de la población mundial, es decir, aproximadamente 901 millones de personas. Sin embargo, parece que en el próximo año, es decir, 2030, estas cifras aumentarán hasta aproximaciones del 16,5%. Se volverá aún más grave en el próximo medio siglo, donde las proyecciones estiman que la cifra alcanzará un asombroso 21,5% alrededor del año 2050 (Rodríguez, 2018).

En la edad avanzada, el conjunto de ajustes físicos y funcionales puede alterar la capacidad para realizar las tareas cotidianas, lo que genera dependencia. El principal factor que determina el valor de la vida entre las personas mayores es la funcionalidad porque enfrentan limitaciones para realizar sus actividades a tiempo, por otra parte, la calidad de vida de las personas mayores está relacionada con los hábitos, por lo que las medidas de autocuidado son beneficiosas dado que una serie de problemas del envejecimiento no están relacionados con la edad sino que surgen de prácticas que pueden controlarse mediante cambios de comportamiento; la nutrición, el ejercicio físico, el sueño adecuado, la vida sexual y las actividades de tiempo libre son sólo algunos ejemplos (Cardona, Segura, Garzón & Salazar, 2028).

El envejecimiento de la población es un factor importante para establecer políticas que atiendan específicamente las necesidades de las personas mayores, lo que requiere no sólo más investigación sobre este grupo de personas sino también sobre aquellos factores que pueden contribuir a mejorar su nivel de vida. Además de ser conscientes de las características distintivas de este sector, es fundamental garantizar una atención justa y de calidad a las

personas mayores. Otro aspecto que también se debe considerar es la importancia de disfrutar de esta última etapa de la vida como una fase completa.

Factores de riesgos en el adulto mayor

Los adultos mayores son vistos como individuos socialmente desfavorecidos, que viven en situaciones donde el riesgo está determinado por la ausencia de recursos personales, económicos y ambientales, de familia y de comunidad, y el acceso limitado a políticas estatales de protección debido a sus condiciones biológicas y sociales únicas.

Las principales enfermedades crónicas en las personas mayores son las adquiridas como consecuencia de hábitos y costumbres de vida conservados desde la infancia.

En los países desarrollados y en desarrollo, las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal fuente de enfermedad y muerte en los adultos mayores. De estos problemas de salud, la hipertensión arterial (HTA) se presenta con mayor frecuencia en adultos mayores, la cual es una enfermedad y también un factor de riesgo para el desarrollo de patologías como la insuficiencia cardiovascular, cerebrovascular y renal. Además, puede provocar daños vasculares periféricos y retinianos. En los países de ingresos bajos y medios, el efecto de estas enfermedades en la población de edad avanzada es casi dos o tres veces mayor que en los países de ingresos altos. Entre la población de edad avanzada de los países de bajos ingresos, algunos de los principales riesgos para la salud están representados por dolencias como enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares, trastornos visuales, sordera y demencia. A menudo, las personas mayores soportan la carga de múltiples enfermedades a la vez (Guerrero & Yépez, 2015).

Las personas mayores representan tasas muy altas por discapacidad, lo que a menudo se considera la culminación de los riesgos para la salud de toda una vida. Según las cifras publicadas por el Estudio de carga global de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, la discapacidad está relacionada con la edad y su prevalencia aumenta con la edad. Más del 46% de las personas de 60 años o más tienen discapacidades, y éstas son aún más frecuentes en los países de bajos ingresos. Además, la prevalencia de discapacidades es mayor entre las mujeres que entre los hombres (Guerrero & Yépez, 2015).

La pérdida paulatina de la movilidad, las dificultades en la marcha, el uso de medicamentos, las deficiencias visuales, entre otros factores son aspectos que contribuyen al riesgo de caídas en adultos mayores. Las caídas, como síndrome geriátrico, son el resultado de muchos factores y se consideran uno de los problemas de salud pública asociados con condiciones físicas, sociales y psicológicas. Es la segunda causa más común de muerte por lesiones accidentales y no intencionadas. Se estima que 646.000 personas en todo el mundo mueren debido a estas caídas, y más del 80% tiene lugar en países en desarrollo. Hay más de 37,3 millones de casos anuales de caídas en adultos mayores con resultados que requieren atención y cuidados sanitarios serios (Silva-Fhon, J.R., Partezani-Rodrigues, R., Miyamura, K., & Fuentes-Neira, W, 2019).

Las investigaciones que analizan las actitudes hacia la vejez en la sociedad y cómo éstas afectan la autoconcepto de las personas mayores se concentran en un aspecto relacionado: la dinámica del envejecimiento como un declive inexorable. Todos adoptan una imagen negativa similar de sí mismos respecto de la vejez, que constituye nociones estereotipadas como impotencia, enfermedad, decadencia y ser una carga para los demás (García, Alfonso Javier, & Troyano, Yolanda, 2013).

Otros de los elementos que pueden estar entre los factores de riesgo son los trastornos en los patrones del sueño y las dietas ricas en grasas saturadas, considerándose que pueden contribuir a la aparición de la demencia (García, Alfonso Javier, & Troyano, Yolanda, 2013).

Factores protectores del adulto mayor

Una serie de estudios que analizan el autoconcepto y la autoestima junto con diversas variables psicosociales han sido muy extensos, pero una de las áreas más destacadas ha sido la de los elementos físicos. Estas relaciones se encuentran en ambos sentidos, desde las que establecen una relación entre el impacto del autoconcepto físico sobre el rendimiento en la actividad física y el deporte, hasta las que analizan la influencia de la actividad física y deportiva sobre el autoconcepto y la autoestima (García, Alfonso Javier, & Troyano, Yolanda, 2013).

También existen factores protectores, que incluyen la actividad mental, las actividades de ocio, el ejercicio físico, el compromiso con las actividades sociales, una dieta adecuada centrada en el pescado y la dieta mediterránea, así como el sueño. Por otro lado, un conjunto de trabajos relativamente pequeño sugiere que niveles más altos de actividad mental pueden resultar en una menor disminución de las capacidades cognitivas generales, así como del lenguaje y las funciones ejecutivas (Fernández-Fleites, Broche-Pérez & Jiménez-Puig, 2022). Según Fernández-Fleites, Broche-Pérez & Jiménez-Puig, (2022) La actividad de ocio cognitivo es otro factor en la prevención de la demencia. Las distintas actividades de ocio cognitivo no tienen la misma influencia sobre la cognición; por ejemplo, las actividades de ocio pasivas como mirar televisión se han relacionado con un bajo funcionamiento ejecutivo, la actividad física ha sido señalada como un factor de prevención de enfermedades de la memoria, mejorando los procesos de retención de hechos, así mismo los vínculos y los compromisos sociales constituyen aspectos muy relevantes durante la vejez, lo cual ha demostrado ser significativamente positivo con un menor deterioro de la cognición, alimentos como los vegetales, frutas y mariscos, ha mostrado tener efectos neuroprotectores. El mantener patrones del sueño adecuado contribuye al mejoramiento físico y cognitivo de los adultos mayores.

Todos estos factores de protección funcionan como mecanismos que impactan en la percepción de autoeficacia y autoestima de los adultos mayores.

Consideraciones sobre el Bienestar Psicológico

El bienestar psicológico puede caracterizarse como el esfuerzo por superarse y actualizar los potenciales humanos, aspecto que surge de tener un propósito en la vida que contribuya a otorgar significado. Incluye enfrentar desafíos y hacer esfuerzos para superarlos para lograr los objetivos establecidos (Mayordomo et al., 2016).

Los factores sociodemográficos como la edad, el sexo, el estado civil y el nivel educativo influyen en la forma en que las personas perciben el bienestar psicológico. En diferentes investigaciones se ha observado que algunas dimensiones del propósito de vida y del crecimiento personal cambian con la edad, mientras que la autonomía y el dominio del entorno tienden a ser bastante constantes (Mesa-Fernández et al., 2019).

El concepto de envejecimiento exitoso va más allá de la mera buena salud; es multinivel y comprende los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que se complementan entre sí y permiten la variabilidad individual durante el envejecimiento (Cortese, 2018).

Importancia del bienestar psicológico

En las personas mayores se pueden observar cambios en las funciones cognitivas, como un mayor tiempo de respuesta a la información entrante y un desempeño más lento de las tareas relacionadas con las etapas de procesamiento, almacenamiento o recuperación de datos. Del mismo modo, la función emocional también se modifica. La vejez puede venir acompañada de varios factores estresantes que dan lugar a sentimientos perjudiciales, como depresión, soledad e inquietud, entre otros (González, Piza & Sánchez, 2020).

El bienestar psicológico es un aspecto importante de la salud general de los adultos mayores. Abarca varios factores como el apoyo social, la estabilidad emocional y la función cognitiva. Mantener un buen bienestar psicológico es crucial para la salud general y la calidad de vida de los adultos mayores. Factores como el apoyo social, la estabilidad emocional y la función cognitiva juegan un papel importante en el logro de este objetivo (Cortese, 2018).

Factores que influyen en el bienestar psicológico de los adultos mayores

Es importante abordar estos factores mediante diversas intervenciones, como programas de apoyo social, servicios de salud mental y programas de entrenamiento cognitivo.

Uno de los factores clave que afectan el bienestar psicológico de los adultos mayores es el apoyo social. Los adultos mayores que tienen una sólida red de apoyo de familiares, amigos y comunidad tienden a tener mejores resultados de salud mental en comparación con aquellos que están socialmente aislados. El apoyo social puede presentarse en diversas formas, como apoyo emocional, apoyo práctico y apoyo informativo.

Otro factor importante es la estabilidad emocional. A medida que las personas envejecen, pueden experimentar diversos cambios en su vida, como jubilación, pérdida de seres queridos y deterioro de la salud física, lo que puede provocar angustia emocional. Sin embargo, los

adultos mayores que son emocionalmente resilientes y tienen estrategias de afrontamiento efectivas tienden a tener un mejor bienestar psicosocial.

La edad no es un indicador de bienestar psicológico, sino más bien el resultado de un grupo de factores psicológicos. Por ejemplo, sentirse saludable, realizar actividades físicas y deportivas, tener autoeficacia para envejecer y el poder de controlarse son predictores de afecto positivo o bienestar psicológico. Por otro lado, la autoeficacia y la autoestima desempeñan un papel importante en el apoyo a la salud física, el bienestar mental y la socialización; por lo que se hace necesario fomentar la participación de las personas mayores en el ejercicio, así como en actividades recreativas, sociales y cognitivas para promover su bienestar (Mesa-Fernández et al., 2019).

La función cognitiva también es un aspecto importante del bienestar psicológico en los adultos mayores. El deterioro cognitivo es una preocupación común entre los adultos mayores, pero existen varias formas de mantener la función cognitiva, como participar en actividades mentalmente estimulantes, socializar y hacer ejercicio físico.

Según las opiniones de diferentes escritores, los hombres suelen mostrar puntuaciones más altas en crecimiento personal y autoaceptación, mientras que las mujeres obtienen puntuaciones más altas en bienestar social e interpersonal. Además, es probable que las personas casadas tengan una autopercepción positiva en el ámbito del entorno, la autoaceptación, el propósito de vida y el crecimiento personal. Además, las personas con niveles educativos más altos tienden a disfrutar de una mejor calidad de vida percibida ya que tienen más recursos internos y externos para afrontar situaciones problemáticas mediante estrategias de afrontamiento adecuadas y autorregulación (Mesa-Fernández et al., 2019). Por otro lado, considerar la jubilación como un estado de privación y quedar discapacitado por el aislamiento o el aislamiento de la sociedad tiene un efecto adverso sobre la autoestima. Esto se experimenta como percibirse a uno mismo como irrelevante para los demás. Estas experiencias de jubilación a menudo resultan en sentimientos de pérdida o falta de sentido que pueden manifestarse en depresión, entre otras formas. Incluso si son intelectualmente activos, estos individuos comienzan a sentir que su vida carece de propósito según su propia percepción, lo que ciertamente los lleva a perder adaptabilidad fácilmente y a no aprender nuevas formas y prácticas cuando sea necesario (González, Piza & Sánchez, 2020). Cuando el dolor y las limitaciones en el funcionamiento normal reducen gradualmente la calidad de

vida, el origen suele ser emocional. Se convierte en la base misma para incluir las emociones en los procesos que vinculan la salud y la enfermedad. De todas las manifestaciones de ansiedad, la ansiedad de estado puede surgir en un individuo que se siente amenazado por un estímulo o situación, mientras que la ansiedad rasgo puede reconocerse como una característica de la personalidad que predispone a reacciones ansiosas. Su estructura es multidimensional y se basa en diversos aspectos asociados a dominios situacionales estrechamente relacionados con estímulos de amenaza específicos. El envejecimiento está estrechamente relacionado con la osteoartritis de rodilla y la ansiedad, lo que puede resultar perturbador y provocar una serie de resultados indeseables, incluida una disminución de la sensación de bienestar y la insatisfacción con la vida (Arce et al., 2023).

Las situaciones de abuso en la población de edad avanzada abarcan cualquier acto, ya sea realizado repetidamente o de forma aislada, que ignora una expectativa de confianza y conduce a daño o angustia por intervención u omisión. Ya sean objetivamente observables o subjetivamente sentidos, estos escenarios de abuso se desarrollan independientemente del entorno familiar, comunitario o institucional (Chiriboga, Terranova & Velis, 2018).

Por otra parte, la relación entre los factores de personalidad y el bienestar psicológico es más fuerte que la relación entre los factores de personalidad y el bienestar subjetivo, lo que sugiere que las influencias disposicionales sobre el bienestar varían según la dimensión del bienestar. Los resultados de las relaciones por pares entre rasgos de personalidad y dimensiones de bienestar mostraron que el neuroticismo obtuvo relaciones negativas principalmente con la autonomía y el propósito de vida; la extraversión mostró correlaciones positivas principalmente con el crecimiento personal y las relaciones positivas; apertura a la experiencia de crecimiento personal; bondad con relaciones positivas; y responsabilidad con crecimiento personal y propósito en la vida (Delhom, Iraida, Satorres, Encarnación, & Meléndez, Juan Carlos, 2019).

La autoestima en el adulto mayor

Los expertos sugieren que la autoestima funciona como un factor protector a lo largo de la vida, ya que juega un papel integral en la determinación del nivel de salud física y emocional

de las personas. Una encuesta de este tipo ayudaría a iniciar acciones intervencionistas para este grupo de edad, especialmente en lo que respecta a los cambios de aceptación mental en torno a la vejez, porque los estudios han revelado que los adultos mayores pueden experimentar una baja autoestima provocada por el agotamiento, el desánimo y la decepción de la crisis de la mediana edad que experimentan mientras entran en la última etapa de la vida, sumado a dejar de trabajar por jubilación y estar aislado de personas cercanas (Guillen-Moya et al., 2021).

En términos generales, la autoestima es una medida de bienestar físico y mental que suele reconocerse como un sentimiento interno de positividad o negatividad, que se expresa a través de actitudes sobre las cualidades y habilidades personales que resultan en una sensación de estar satisfecho o no consigo mismo. La autoestima asertiva en las personas mayores es crucial para lograr un estado emocional equilibrado, junto con comportamientos saludables que ayuden a afrontar los desafíos y prevenir el estrés. Así lo demuestra su participación activa en actividades que promueven el bienestar y la salud, por lo que asumirlas no se convierte en una carga equivalente al mal estrés, sino que equivale a un eustrés asociado al esfuerzo necesario para cumplir con las obligaciones de la vida. Una buena autoestima ayuda a una adecuada adaptación emocional, cognitiva y práctica, lo que en consecuencia tiene un impacto positivo en todos los ámbitos de la vida. En las personas mayores, esta condición puede verse afectada por cambios físicos, pérdida de capacidades y habilidades, enfermedades crónicas que desarrollan u otras situaciones complejas como la jubilación anticipada, el duelo, el debate del dilema independencia-dependencia, la sobreprotección familiar, la invisibilidad adulta amplificada. por la familia, el trabajo y los grupos sociales, la separación de los hijos y la gestión financiera en aras del bienestar económico y la autonomía emocional que cambian a medida que los adultos mayores se vuelven financieramente independientes (de Armas, Alba & endo, 2019).

La autoestima es un elemento muy importante para cualquier persona en las diferentes etapas de la vida, la persona mayor requiere para mantener un estado psicológico saludable un grado adecuado de ella, la familia y las relaciones sociales son aspectos muy importantes para conseguirla y mantenerla.

La autoeficacia del adulto mayor

La autoeficacia, se refiere a la confianza que un individuo tiene en su capacidad para realizar una tarea determinada. Otro constructo importante es la motivación para aprender porque impulsa a la persona a realizar sus tareas, podemos decir que esta se construye en la infancia, siendo que la escuela es un contexto importante para que se desarrolle.

Se han realizado estudios que afirman que los niveles de autoeficacia están asociados con impactos positivos en la salud y el bienestar de las personas, además de su percepción de un mejor estado de salud y mejores posibilidades de recuperación total de cualquier condición de salud en general. Cabe mencionar que la autoeficacia de la población mayor está relacionada con su capacidad física así como con cómo se sienten al poder contribuir activamente a la resolución de conflictos cotidianos. Este sentimiento puede considerarse como empoderamiento con autonomía, control y satisfacción derivados de estar empoderado (Tapia et al., 2017).

La autoeficacia para el ejercicio, que es la creencia en la capacidad de uno para realizar actividades físicas de manera constante a pesar de los desafíos enfrentados, se conoce como determinante de la adherencia a una conducta activa. Los estudios muestran que hay más mujeres y adultos mayores físicamente inactivos en comparación con los adultos jóvenes y los hombres; aunque aún no se ha documentado adecuadamente si la disminución de la actividad física ocupacional es uno de los factores contribuyentes. Por lo tanto, dada la interconexión de la salud, la actividad física y el medio ambiente, además de conocer los niveles de actividad física en las poblaciones, es importante definir correctamente dominios o patrones para la actividad física basada en la población (Enriquez-Reyna et al., 2020). En este caso, las personas mayores que no creen en su propia autoeficacia tienden a experimentar una menor autoestima y emociones negativas sobre sus capacidades, ya que suponen que serían incapaces de afrontar determinados desafíos. En consecuencia, la autoeficacia puede verse como la confianza de un individuo en sus capacidades para realizar cualquier acción elegida, con la pérdida de recursos y roles, los adultos mayores experimentan cambios significativos en múltiples aspectos de sus vidas y posteriormente deben evaluar sus habilidades de nuevo. Sin embargo, a pesar de esta transición desafiante, todavía hay oportunidades para que aumenten los niveles de confianza en sí mismos, mantengan prácticas

de autocuidado y mantengan la productividad mediante la participación en actividades que sustentan el funcionamiento diario, un enfoque que ayuda a desacelerar la naturaleza degenerativa en el ámbito físico, psicológico, y ámbitos sociales (González-Celis & Lima, 2017).

Por último, se puede decir que la autoeficacia del adulto mayor, está estrechamente relacionada con los estilos de vida y la autoestima.

Taller de Intervención Psicosocial para Adultos Mayores

Los talleres se originan a partir de la formación de un grupo de personas que se identifican como adultos mayores y comparten el interés de potenciar y sostener las capacidades cognitivas, ya sea por recomendación de otros o como preocupación personal por el descenso en los niveles de desempeño que puedan tener. detectado. Este impulso hacia el envejecimiento activo, a menudo va en paralelo con su deseo de buscar compañía y participar en actividades de ocio.

Presentación del Taller

El taller que se pretende desarrollar para adultos mayores, va encaminado a mejorar sus habilidades cognitivas, movilidad, autoestima, relaciones sociales, lo que facilitará un grado mayor de autoeficacia, para lo cual se emplearán intervenciones o técnicas como el Tai Chi, Crucigramas y rompecabezas, Yoga, Juegos de mesa y Baila de salón.

En los estudios realizados en población adulta mayor se encontró que los programas de intervención son necesarios y han demostrado ser eficientes para las variables exploradas porque las herramientas psicológicas sirven como el desarrollo e implementación de sistemas de evaluación y programas de intervención, permitiendo el manejo de Problemas de conducta y psicológicos en adulto mayor (Rodríguez, Valderrama & Molina, 2010).

Estrategias de intervención

A. Estrategias de Intervención

- **Autoestima**

La autoestima de un individuo suele estar ligada a prácticas de salud; Estos comportamientos pueden funcionar mediante acción directa para enfrentar desafíos y amenazas, o acción indirecta para enfrentar el estrés. Por lo tanto, es fundamental que la población anciana desarrolle estrategias para mantener y promover la autoestima como medio para asegurar niveles adecuados de bienestar donde participen activamente en el cumplimiento de tareas principalmente relacionadas con su bienestar y salud (Ortíz & Castro, 2009).

Para lograr esto se establecerá un plan de ejercicios diarios, través del uso de la técnica Tai Chi y los Juegos de Memoria.

Técnica: Tai Chi

Especialmente para los adultos mayores, esta es una intervención interesante que tiene el potencial de preservar y mejorar una multitud de parámetros de salud, mejorando el equilibrio y la estabilidad, lo que reduce el riesgo de caída, se considera además una meditación en movimiento, combinando movimientos suaves con técnica de respiración, concentración mental y relajación

Según investigaciones, es probable que el Tai Chi mejore la postura y la confianza; esto se relaciona con la forma de pensar y el control de las emociones, de manera similar a la calidad de vida en general. Algunos estudios sugieren que esta práctica en particular también podría ayudar a las personas que padecen fibromialgia a dormir mejor y controlar el dolor, la fatiga y la depresión. Los beneficios psicológicos de practicar Tai Chi con regularidad se pueden observar en la mejora de la calidad de vida y el estado de ánimo que experimentan las personas diagnosticadas con insuficiencia cardíaca crónica o cáncer. Los adultos mayores también podrían descubrir que el Tai Chi ayuda a mejorar sus patrones de sueño y funciones cognitivas, como el aprendizaje y la memoria, entre otras (Cruz-Cartas, 2021).

Juegos de memoria

Uno de las técnicas empleadas como juego de memoria y excelentes tipos de actividades que pueden brindar mucha diversión mientras ejercitan el cerebro son los crucigramas y los rompecabezas, ya que estimulan el cerebro, especialmente cierto para los adultos mayores. Esto se basa en algunos hallazgos de nuevas investigaciones que sugieren que realizar ejercicios de alta concentración, como hacer un crucigrama o armar un rompecabezas, puede mejorar la capacidad de atención en general (IntraMed, 2007).

Por otra parte, los talleres que fomentan la concentración, la atención y las capacidades cognitivas son más beneficiosos cuando se centran en juegos de memoria.

- **Movilidad**

La movilidad física en el adulto mayor es un indicador de autoeficacia en el adulto mayor, según la Teoría de la Actividad, los adultos mayores que adoptan conductas activas tienden a estar mejor preparados para los desafíos de sus últimos años. Por tanto, existe una asociación entre esta actitud positiva y mayores niveles de satisfacción durante el proceso de envejecimiento. Algunas estrategias efectivas para afrontar la situación incluyen aceptar la jubilación como una nueva etapa en la vida, mantener el interés en actividades que traen alegría y adaptarse con gracia a los cambios físicos asociados con el envejecimiento (Gatica, Zavala & Arias, 2022).

Técnica: Yoga

La forma física del yoga es considerada una ciencia holística que se centra en el cuerpo, sus funciones y energías, así como en los chakras o centros energéticos. Estas antiguas técnicas son muy beneficiosas para prevenir, tratar y recuperarse de diversas afecciones de salud. Incluyen métodos de relajación y posturas corporales que promueven estiramientos profundos y automasajes; Estos ejercicios son aptos para personas de todas las edades, especialmente aquellas que padecen enfermedades cardíacas o personas mayores. Además,

practicar yoga mejora el bienestar mental y emocional (Marval, 2024). Para mejorar la movilidad del adulto mayor se llevará a cabo la técnica de Yoga, que pretende mejorar la sincronización entre las partes del cuerpo, músculos, huesos y ligamentos con muy poco impacto; Además, puede ayudar a los estudiantes a concentrarse en sus mentes.

- **Relaciones sociales**

Aunque la evidencia presentada sugiere el papel de las relaciones en la calidad de vida de los adultos mayores, sigue siendo importante cuando se brindan reuniones frecuentes y apoyo tanto instrumental como emocional (Mosqueda, 2021). Según las investigaciones realizadas, se ha revelado que tanto el número como la calidad de las conexiones sociales están asociados con el desarrollo de la demencia. Además, se puede observar una mayor probabilidad de aparición de esta condición con un aumento en el nivel de aislamiento (Carmona-Vldés & Ribeiro-Ferreira, 2010), es por ello la importancia de realizar intervenciones que fomenten las relaciones sociales.

De manera similar, estas actividades que implican ingenio crean un entorno que fomenta las interacciones sociales, que son fundamentales para una vejez exitosa.

Ludoterapia

El juego es bueno para descargar energía y tensión, te mantiene ocupado y es fácil de controlar. Contribuye al bienestar y la creatividad, además de mejorar las habilidades comunicativas. Además, ayuda a las personas mayores a seguir aprendiendo utilizando patrones de comportamiento cognitivo que les mantengan en contacto con la vida en un nivel de edad determinado. La terapia de juego tiene un impacto positivo en la función cognitiva; la eficacia aumenta en el ámbito de la atención y el efecto de la intervención no disminuye con el tiempo, como lo confirma la mejora en las relaciones sociales (Flores-Gutiérrez et al., 2020).

Danza

La danza es considerada por algunos autores como el lenguaje que mejor expresa el movimiento del cuerpo humano y, por tanto, como una forma de entender el espacio, el tiempo y la energía que se utilizan para transmitir el mensaje a través de estos movimientos. Además, hay otros que tratan la danza como una herramienta biopsicosocial y creen que también debería tratarse como un instrumento aplicado que profundiza la identidad cultural. En este sentido, la danza puede convertirse en un agente significativo en la vida de los grupos de personas, fomentando comunidades y facilitando la transformación social (González & Agüero, 2023).

Objetivo General

Objetivo General del Taller

Mejorar las habilidades cognitivas, movilidad, autoestima, relaciones sociales de los adultos mayores, a través de estrategias o técnicas psicológicas, para lograr un grado mayor de autoeficacia.

Cartas descriptivas

No. sesión	Duración	Objetivo	Contenido	Procedimiento	Materiales	Tiempo
1	2 sesiones semanales por 2 meses	Mejorar el equilibrio y la estabilidad	Una serie de movimientos muy lentos o muy rápidos para ayudar a	Tai Chi	Palo de madera	1 hora

		del adult o mayor	mover el chi del cuerpo			
2	3 sesiones semanales por 2 meses	Mejorar la capacidad de atención	Descubrir palabras que se entrecruzan en una cuadrícula, a partir de unas definiciones	Juego de memoria (crucigrama)	Crucigrama	1 hora
3	3 sesiones semanales por 2 meses	Mantener la movilidad física	Utiliza posturas físicas, ejercicios de respiración y meditación para mejorar la salud general	Yoga	Estera	1 hora
4	2 sesiones semanales por 2 meses	Facilitar la interacción social	Se compone de 28 fichas rectangulares. En este juego pueden participar dos, tres o cuatro personas	Ludoterapia	Fichas de Dominó	2 horas

5	1 sesión semanal por 2 meses	Fomentar las relaciones sociales, a	Expresión corporal siguiendo el ritmo musical	Baile de salón	USB con música, reproductor, bocinas	
		través de la expresión corporal				

Conclusión

El desarrollo de políticas destinadas a abordar las necesidades de las personas mayores está influenciado por el componente de envejecimiento de la población, lo que requiere una investigación intensiva no sólo sobre este grupo de personas sino también sobre los factores que potencialmente pueden mejorar su calidad de vida. También es importante considerar, además de comprender las características únicas de este sector, brindar una atención equitativa y excelente a las personas mayores.

Con base en el género, las características biológicas y los roles sociales únicos, los adultos mayores son considerados personas socialmente marginadas que habitan situaciones de peligro constituidas por la privación de recursos individuales, económicos y ambientales, familiares y comunitarios, así como un acceso limitado a la protección estatal. políticas.

La probabilidad de caídas entre la población anciana está relacionada con muchos factores, como la pérdida progresiva de movilidad, equilibrio, dificultades para caminar y la ingesta de ciertos medicamentos, así como la mala visión. Las caídas, como síndrome geriátrico, tienen diversas causas y se consideran uno de los problemas de salud pública relacionados con el bienestar físico, social y psicológico.

Entre los factores protectores se encuentran la actividad mental, las actividades de ocio, el ejercicio físico, la participación en actividades sociales, una dieta adecuada que incluya pescado y alimentos

mediterráneos. Además, el sueño es un factor importante en la prevención de la demencia. Por el contrario, parece haber relativamente poca evidencia de que niveles más altos de actividad mental puedan tener beneficios a largo plazo con respecto a la disminución de las capacidades cognitivas generales o del lenguaje y las funciones ejecutivas.

Como parte del estado de salud completo del adulto mayor, el bienestar psicológico es un elemento fundamental. Incluye determinantes como el apoyo social, la estabilidad emocional y la función cognitiva. Preservar el bienestar psicológico es vital para la buena salud y el bienestar de las personas mayores.

El taller de intervención planeado, está dirigido a mejorar sus habilidades cognitivas, movilidad, autoestima, relaciones sociales, lo que facilitará un grado mayor de autoeficacia.

Referencias

- Abaunza, C.L.; Mendoza, M.A.; Bustos, P.; Paredes, G.; Enriquez, K.V & Padhila, A.C. (2014). Concepción del adulto mayor. Recuperado el 14 de febrero de 2024, de <https://books.scielo.org/id/33k73/pdf/abaunza-9789587385328-07.pdf>
- Arce González, Manuel A., Otero Ramos, Idania M., Mayea González, Suset de la C., & Guerra Morales, Vivian M.. (2023). Bienestar psicológico y ansiedad en adultos mayores con osteoartrosis de rodilla. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 42, e1824. Epub 30 de mayo de 2023. Recuperado en 17 de febrero de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403002023000100017&lng=es&tlng=es.
- Cardona Arango, Doris, Segura Cardona, Ángela, Garzón Duque, María Osley, & Salazar Quintero, Lina Marcela. (2018). Condiciones físicas, psicológicas, sociales, emocionales y calidad de vida de la población adulta mayor del departamento de Antioquia. *Papeles de población*, 24(97), 9-42. <https://doi.org/10.22185/24487147.2018.97.23>
- Carmona-Valdés, Sandra Emma, & Ribeiro-Ferreira, Manuel. (2010). Actividades sociales y bienestar personal en el envejecimiento. *Papeles de población*, 16(65), 163-185. Recuperado en 18 de febrero de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14057425201000030006&lng=es&tlng=es.
- Cortese, Ricardo. (2018). Percepción de salud y bienestar en la vejez. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 22(1), 17-42. Recuperado en 17 de febrero de 2024, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S18527310201800010001&lng=es&tlng=es.
- Cruz-Cartas, O., García-Campos, M.L., Beltrán-Campos, V., Ramírez-Gómez, X.S., PatiñoLópez, M.E., & Jiménez-García, S.N.. (2021). Uso de Tai Chi para la salud del adulto mayor: revisión bibliográfica. *Enfermería universitaria*, 18(2), 101-111. Epub 16 de mayo de 2022. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2021.2.805>

- Chiriboga, Efrén Viteri, Terranova Barrezueta, Aida Elizabeth, & Velis Aguirre, Lazara Milagros. (2018). Funcionalidad familiar y autoestima del adulto mayor, en situación de maltrato. Un estudio participativo comunitario. *Revista Lasallista de Investigación*, 15(2), 300-314. <https://doi.org/10.22507/rli.v15n2a23> de Armas Ramírez, Nerely, Alba Pérez, Lucía del Carmen, & Endo Milán, Jesús Yasoda. (2019). Enfoque salutogénico en el estudio de la autoestima del adulto mayor. *EDUMECENTRO*, 11(3), 282-288. Recuperado en 17 de febrero de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S207728742019000300282&lng=es&tlng=es.
- Delhom, Iraida, Satorres, Encarnación, & Meléndez, Juan Carlos. (2019). ¿Están los rasgos de personalidad asociados al bienestar psicológico?. *Escritos de Psicología (Internet)*, 12(1), 1-8. Epub 02 de diciembre de 2019. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2019.0107>
- Enríquez-Reyna, M C, Hernández-Cortés, P L, Leiva-Caro, J A, Peche-Alejandro, P, Molina Sánchez, J W, & Moreno-Pérez, N E. (2020). Dimensiones de Autoeficacia para el Ejercicio por Tipo de Actividad en Adultas Mayores Independientes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 20(2), 276-285. Epub 13 de julio de 2020. Recuperado en 17 de febrero de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S157884232020000200022&lng=es&tlng=es.
- Fernández-Fleites, Zoylen, Broche-Pérez, Yunier, & Jiménez-Puig, Elizabeth. (2022). Conocimiento sobre factores protectores y de riesgo en las demencias. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 38(4), e2200. Epub 01 de diciembre de 2022. Recuperado en 14 de febrero de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252022000400013&lng=es&tlng=es.
- Flores-Gutiérrez Dulce K.; Ortega-Tovar, Mario A; Martínez-Rodríguez, Jonathan A.; Rodríguez-Cuellar, Mitzi N.; Gómez-Cardona, Juan P. (2020). Beneficios de la ludoterapia en el deterioro cognitivo de adultos mayores en una casa de reposo de Aguascalientes. Recuperado el 17 de febrero de 2024, de

- <https://revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/287/319>
García-Alandete, Joaquín. (2014). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. *En-claves del pensamiento*, 8(16), 13-29. Recuperado en 14 de febrero de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870879X2014000200013&lng=es&tlng=es.
- García, Alfonso Javier, & Troyano, Yolanda. (2013). Percepción de autoestima en personas mayores que realizan o no actividad física-deportiva. *Escritos de Psicología (Internet)*, 6(2), 34-41. <https://dx.doi.org/10.5231/psy.writ.2013.1806>
- Gatica Ch., Karina, Zavala R., María Isabel, & Arias D., Karina. (2022). Movilidad urbana y oportunidades de mejora para la calidad de vida en personas mayores. *Rumbos TS*, 17(28), 29-59. <https://dx.doi.org/10.51188/rrts.num28.633>
- González Lima, Nelvi, & Agüero Contreras, Fernando Carlos. (2023). La danza como herramienta sociocultural de transformación comunitaria: una perspectiva teórica. *Conrado*, 19(91), 332-341. Epub 30 de abril de 2023. Recuperado en 17 de febrero de 2024, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S199086442023000200332&lng=es&tlng=es.
- González-Celis, Ana Luisa; Lima, Ortiz. (2017). Autoeficacia, percepción de salud y soledad, sobre la calidad de vida en adultos mayores. Recuperado el 17 de febrero de 2024, el <https://www.redalyc.org/journal/4576/457653227004/html/>
- Guerrero-R, Nancy, & Yépez-Ch, María Clara. (2015). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Universidad y Salud*, 17(1), 121-131. Recuperado el 14 de febrero de 2024, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072015000100011&lng=en&tlng=es
- Guillen-Moya, María José, Jiménez-Alcocer, Kevin Antonio, Ramírez-Elizondo, Noé, & Ceballos-Vásquez, Paula. (2021). Autoestima global y calidad de vida relacionada con salud percibida por adultos mayores. *Index de Enfermería*, 30(1-2), 9-13. Epub 25 de abril de 2022. Recuperado en 17 de febrero de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962021000100004&lng=es&tlng=es.

- IntraMed. (2007). Hacer crucigramas estimula el cerebro. Noticias médicas. Organization for Human Brain Mapping, en Chicago. Recuperado el 17 de febrero de 2024, de <https://www.intramed.net/contenido.asp?contenido=47299#:~:text=Organizati on%20for%20Human%20Brain%20Mapping%2C%20en%20Chicago.&text=Se%20confirm%C3%B3%20un%20dato%20que,Y%20m%C3%A1s%20en%20adultos%20mayores>.
- Mayordomo, Teresa; Sales, Alicia; Satorres, Encarnación; Méndez, Juan .C. (2016). Bienestar psicológico en función de la etapa de vida, el sexo y su interacción. Recuperado el 17 de febrero de 2024, de <http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v14n2/v14n2a08.pdf>
- Mesa-Fernández, María; Pérez-Padilla, Javier; Nunes, Cristina; Menéndez, Susana. (2019). Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. Recuperado el 17 de febrero de 2024, de <https://www.scielosp.org/article/csc/2019.v24n1/115-124/>
- Mosqueda Fernández, Andres. (2021). Importancia de la realización de actividad física en la tercera edad. Dilemas contemporáneos: educación, política y valores, 9(spe1), 00036. Epub 31 de enero de 2022. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v9i.2943>
- Ortiz Arriagada, Juana Beatriz, & Castro Salas, Manuel. (2009). BIENESTAR PSICOLÓGICO DE LOS ADULTOS MAYORES, SU RELACIÓN CON LA AUTOESTIMA Y LA AUTOEFICACIA: CONTRIBUCIÓN DE ENFERMERÍA. Ciencia y enfermería, 15(1), 25-31. <https://dx.doi.org/10.4067/S071795532009000100004>
- Rodríguez Ávila, Nuria. (2018). Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. Horizonte sanitario, 17(2), 87-88. Recuperado en 14 de febrero de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S200774592018000200087&lng=es&tlng=es.
- Rodríguez Uribe, Ana Fernanda, Valderrama Orbegozo, Laura Juliana, & Molina Linde, Juan Máximo. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. Psicología desde el Caribe, (25), 246-258. Recuperado el 13 de febrero 2024, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123417X201000010011&lng=en&tlng=es.

- Rodríguez Uribe, Ana Fernanda; Valderrama Orbegozo, Laura Juliana; Molina Linde, Juan Máximo. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. Recuperado el 17 de febrero de 2024, de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21315106011.pdf>
- Silva-Fhon, J.R., Partezani-Rodrigues, R., Miyamura, K., & Fuentes-Neira, W.. (2019). Causas y factores asociados a las caídas del adulto mayor. *Enfermería universitaria*, 16(1), 31-40. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.1.576>
- Tapia, Catalina; Iturra, Verónica; Valdivia, Yenny; Jorquera, Mónica; Carmona, Andrés. (2017). Estado de salud y autoeficacia en adultos mayores usuarios de atención primaria en salud. Recuperado el 17 de febrero de 2024, de <https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v23n3/0717-9553-cienf-23-03-00035.pdf>
- World population prospects. (2015). The 2015 revision. Recuperao el 14 de febrero de 2024, de <https://goo.gl/hTL2np>

ADOPCIÓN DE UN MODELO BIOPSIICOSOCIAL PARA EL ABORDAJE DE LOS TRASTORNOS MENTALES (ESQUIZOFRENIA)

*Confiar en ti mismo no garantiza el éxito,
pero no hacerlo garantiza el fracaso.
Albert Bandura*

Introducción

La salud mental es un componente esencial del bienestar general de los individuos y las comunidades. Históricamente, la conceptualización de la salud mental ha estado dominada por el modelo médico, que se enfoca en la patología biológica y los tratamientos farmacológicos (Shorter, 1997). Sin embargo, en las últimas décadas, ha emergido un paradigma más holístico: el modelo biopsicosocial, que integra factores biológicos, psicológicos y sociales en el abordaje de los trastornos mentales (Engel, 1977). Este cambio de paradigma es crucial para una comprensión más completa y efectiva de la salud mental, ya que reconoce la complejidad y multifactorialidad de los trastornos mentales, y promueve un enfoque centrado en la recuperación y el bienestar del paciente (Slade, 2009).

El estigma asociado a los trastornos mentales y las discapacidades psicosociales es una barrera significativa para el acceso a la atención y el apoyo adecuados. El estigma se manifiesta en varias formas, incluyendo actitudes negativas, discriminación y exclusión social, que afectan negativamente la autoestima y el bienestar de las personas afectadas (Corrigan & Watson, 2002). Las personas con trastornos mentales a menudo enfrentan obstáculos en áreas clave de la vida, como la educación, el empleo y las relaciones interpersonales, lo que puede agravar su condición y dificultar su recuperación (Thornicroft, 2006).

Además de los efectos directos sobre los individuos, el estigma tiene implicaciones más amplias para la sociedad. La perpetuación de mitos y prejuicios sobre los trastornos mentales impide la implementación de políticas de salud pública efectivas y limita la financiación de servicios de salud mental (Stuart, 2008). Este ciclo de desinformación y discriminación contribuye a la marginación de las personas con trastornos mentales, aumentando su riesgo de pobreza, falta de vivienda y problemas de salud física (Henderson et al., 2013).

La lucha contra el estigma es fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales y para promover una sociedad más inclusiva y equitativa. Esto requiere un enfoque multifacético que incluya la educación pública, la reforma de políticas y la integración de servicios de salud mental en los sistemas de atención primaria (Corrigan et al., 2012). Solo mediante un cambio de paradigma y la eliminación del estigma se puede garantizar que todas las personas reciban la atención y el apoyo que necesitan para vivir una vida plena y productiva.

Modelo Biopsicosocial y Modelo Médico

Aspectos	Modelo Biopsicosocial	Modelo Médico
Beneficios	Aborda la salud mental considerando factores biológicos, psicológicos y sociales, ofreciendo una visión holística del paciente (Engel, 1977). Promueve la colaboración interdisciplinaria y fomenta el empoderamiento del paciente y su entorno social (Borrell-Carrió et al., 2004).	Enfoque claro y estructurado basado en evidencia científica, facilitando el diagnóstico y tratamiento de trastornos específicos (Shorter, 1997). Eficaz para el desarrollo de medicamentos y terapias basadas en la patología biológica (Ghaemi, 2009).
Limitaciones	Puede ser complejo y demandar más recursos para abordar todas las dimensiones de un paciente	Tiende a centrarse en los aspectos biológicos, a menudo ignorando factores psicológicos y sociales

	(Schwartz, 2013). La integración de enfoques múltiples puede dificultar la coordinación de tratamientos (McLaren, 1998).	(Deacon, 2013). Puede llevar a una medicalización excesiva y a tratamientos que no consideran al paciente de manera integral (Ghaemi, 2009).
Similitudes	Ambos modelos buscan entender y tratar los trastornos mentales, aunque desde perspectivas diferentes (Ghaemi, 2009). Ambos utilizan la evidencia científica para guiar sus prácticas, aunque con énfasis distintos (Schwartz, 2013).	Ambos modelos reconocen la importancia de los factores biológicos en la salud mental; ambos utilizan intervenciones basadas en evidencia.
Diferencias	El modelo biopsicosocial integra múltiples factores (biológicos, psicológicos y sociales) en el tratamiento (Engel, 1977). Se centra en el paciente como un todo, considerando su contexto y experiencias (Borrell-Carrió et al., 2004).	El modelo médico se enfoca principalmente en las causas biológicas y los tratamientos farmacológicos (Shorter, 1997). Tiende a tratar síntomas específicos y enfermedades definidas, a menudo con menos consideración del contexto social del paciente (Deacon, 2013).

Barreras para el tratamiento

Factores Culturales que Dificultan el Diagnóstico Temprano de los Trastornos Mentales.

Los factores culturales juegan un papel crucial en la identificación y el diagnóstico temprano de los trastornos mentales. La estigmatización y las creencias erróneas sobre la salud mental son prevalentes en muchas culturas, lo que disuade a las personas de buscar ayuda profesional y de reconocer los síntomas de trastornos mentales como problemas médicos legítimos

(Kleinman, 2004). En algunas comunidades, los trastornos mentales pueden ser vistos como un signo de debilidad personal o como un castigo por malas acciones, lo que lleva a la negación de los síntomas y al retraso en la búsqueda de atención médica (Corrigan & Watson, 2002).

Además, la falta de vocabulario adecuado y comprensible en algunos idiomas para describir los síntomas de los trastornos mentales puede dificultar la comunicación efectiva entre los pacientes y los profesionales de la salud (Marsella, 2003). Este problema lingüístico puede llevar a malentendidos y diagnósticos incorrectos o incompletos.

Las normas y expectativas culturales también influyen en cómo las personas expresan y manejan sus emociones. En algunas culturas, puede ser menos aceptable expresar abiertamente sentimientos de tristeza, ansiedad o desesperanza, lo que puede llevar a una subestimación de la prevalencia de estos síntomas y a una falta de reconocimiento de su gravedad por parte de los profesionales de la salud (Ng, 1997).

La percepción de los roles de género también afecta el diagnóstico temprano. En ciertas culturas, los hombres pueden ser menos propensos a buscar ayuda debido a expectativas culturales de fortaleza y autosuficiencia, mientras que las mujeres pueden enfrentar barreras debido a su rol tradicional y responsabilidades familiares que limitan su acceso a servicios de salud (Emslie, Ridge, Ziebland, & Hunt, 2006).

Finalmente, la desconfianza hacia el sistema de salud, basada en experiencias históricas de discriminación y maltrato, puede hacer que algunos grupos étnicos y culturales sean reacios a buscar atención para los trastornos mentales (Sue, Cheng, Saad, & Chu, 2012). Esta desconfianza se traduce en una menor utilización de servicios de salud mental y en diagnósticos más tardíos.

La Falta de Diagnóstico en las Etapas Tempranas de la Enfermedad

La falta de diagnóstico en las etapas tempranas de los trastornos mentales es un problema crítico que afecta significativamente el pronóstico y la calidad de vida de los individuos afectados. Una de las razones principales para el retraso en el diagnóstico es la naturaleza insidiosa de muchos trastornos mentales, cuyos síntomas iniciales pueden ser sutiles y fácilmente confundidos con variaciones normales del comportamiento o con problemas transitorios de la vida cotidiana (Jorm et al., 2000). Este desconocimiento puede llevar a que los síntomas se ignoren o se minimicen tanto por parte de los individuos como de sus familias y comunidades.

Además, la falta de sensibilización y educación sobre los signos y síntomas de los trastornos mentales en la población general contribuye a que muchas personas no reconozcan la necesidad de buscar ayuda profesional en las primeras etapas de la enfermedad (Kohn et al., 2004). Este déficit de conocimiento también afecta a los profesionales de salud de primer nivel, quienes a menudo carecen de la formación necesaria para identificar correctamente los trastornos mentales en sus etapas iniciales (WHO, 2001).

Otra barrera significativa es la escasez de recursos y servicios especializados en salud mental, especialmente en áreas rurales y en países de ingresos bajos y medianos. La limitada disponibilidad de psiquiatras, psicólogos y otros profesionales especializados implica que muchas personas no tienen acceso a una evaluación y diagnóstico adecuados a tiempo (Patel et al., 2010). Esta situación se ve agravada por la falta de integración de la salud mental en los servicios de atención primaria, lo que deja a muchos pacientes sin la atención inicial necesaria (Prince et al., 2007).

La percepción y estigmatización de los trastornos mentales también juegan un papel importante en la falta de diagnóstico temprano. El estigma asociado con la enfermedad mental puede disuadir a las personas de buscar ayuda debido al miedo al juicio y la discriminación, lo que retrasa aún más el reconocimiento y tratamiento de la enfermedad (Corrigan & Watson, 2002).

Finalmente, la falta de diagnóstico en las etapas tempranas de los trastornos mentales es resultado de una combinación de factores, incluyendo la incidencia de los síntomas, la falta de sensibilización y educación, la escasez de recursos y servicios especializados, y el estigma asociado a la salud mental. Abordar estos factores es esencial para mejorar el diagnóstico

temprano y, consecuentemente, los resultados de tratamiento y la calidad de vida de los pacientes.

Falta de Capacitación del Personal del Primer Nivel de Atención

La falta de capacitación del personal del primer nivel de atención es una barrera significativa para la atención efectiva de los trastornos mentales. Los profesionales de salud en el primer nivel de atención, como médicos generales y enfermeras, a menudo son los primeros en interactuar con pacientes que presentan síntomas de trastornos mentales. Sin embargo, muchos de estos profesionales carecen de la formación adecuada para reconocer y tratar estos trastornos, lo que resulta en diagnósticos incorrectos o en la no identificación de la enfermedad (WHO, 2001).

La formación insuficiente en salud mental entre los profesionales de atención primaria se debe a varios factores. En muchos programas de formación médica, la salud mental recibe menos atención en comparación con otras áreas de la medicina. Esto se traduce en una falta de habilidades y conocimientos necesarios para abordar adecuadamente los trastornos mentales (Gask et al., 2009). Además, la sobrecarga de trabajo y la falta de recursos en el primer nivel de atención limitan el tiempo y la capacidad de los profesionales para realizar evaluaciones exhaustivas y proporcionar el seguimiento necesario para los pacientes con trastornos mentales (Patel et al., 2010).

Otra causa importante es la integración insuficiente de la salud mental en los sistemas de atención primaria. A pesar de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para integrar la salud mental en la atención primaria, muchos sistemas de salud continúan tratándola como un área separada y especializada. Esta separación dificulta el acceso a servicios de salud mental para la población general y aumenta la carga sobre los pocos especialistas disponibles (Prince et al., 2007).

El estigma asociado con los trastornos mentales también afecta a los profesionales de la salud, quienes pueden tener prejuicios o actitudes negativas hacia estos trastornos, influyendo en la calidad de la atención que brindan (Corrigan & Watson, 2002). La falta de sensibilización y formación en temas de estigma y discriminación dentro del sistema de salud perpetúa estas actitudes negativas, afectando el diagnóstico y tratamiento oportuno.

Además, la carencia de políticas y programas de salud mental adecuados a nivel nacional y local limita la disponibilidad de recursos y apoyo para la formación continua del personal de salud. Sin políticas claras y financiación adecuada, las iniciativas de formación y actualización profesional en salud mental son escasas y poco sostenibles (Kohn et al., 2004). En resumen, la falta de capacitación del personal del primer nivel de atención constituye una barrera importante para el manejo adecuado de los trastornos mentales. Este problema se ve agravado por la insuficiente integración de la salud mental en la atención primaria, el estigma persistente, y la falta de políticas y recursos adecuados. Abordar estas barreras es esencial para mejorar el acceso y la calidad de la atención en salud mental.

Prevalencia

Los trastornos mentales constituyen un importante problema de salud pública a nivel mundial debido a su alta prevalencia y al impacto significativo que tienen en la calidad de vida de las personas afectadas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente una de cada cuatro personas en el mundo se verá afectada por un trastorno mental en algún momento de su vida (World Health Organization, 2021).

Prevalencia de los Trastornos Mentales

La prevalencia de los trastornos mentales varía según el tipo de trastorno y la población estudiada. En un estudio realizado por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, se encontró que el 28.6% de los adultos reportaron haber experimentado algún trastorno mental a lo largo de su vida (Medina-Mora et al., 2003). Entre los trastornos más comunes se encuentran la depresión, los trastornos de ansiedad y el trastorno por consumo de sustancias.

Síntomas de los Trastornos Mentales

Depresión: Los síntomas principales incluyen tristeza persistente, pérdida de interés en actividades que antes resultaban placenteras, cambios en el apetito y el peso, dificultades para dormir, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio (American Psychiatric Association, 2013).

Trastornos de Ansiedad: Estos trastornos se caracterizan por una preocupación excesiva y persistente, miedo irracional, ataques de pánico, y comportamientos evitativos. Los síntomas físicos pueden incluir palpitaciones, sudoración, temblores y dificultades para respirar (National Institute of Mental Health, 2016).

Trastorno por Consumo de Sustancias: Se manifiesta a través del uso compulsivo de sustancias a pesar de las consecuencias negativas. Los síntomas incluyen la incapacidad de reducir el consumo, un gran deseo de consumir la sustancia, y síntomas de abstinencia cuando no se consume (American Psychiatric Association, 2013).

Esferas de Afectación

Los trastornos mentales afectan múltiples esferas de la vida de las personas que los padecen:

Esfera Personal: Los individuos pueden experimentar una disminución significativa en su calidad de vida debido a los síntomas debilitantes, como la fatiga extrema en la depresión o los ataques de pánico en los trastornos de ansiedad. Estos síntomas pueden interferir con la capacidad de llevar a cabo actividades diarias normales y disfrutar de la vida.

Esfera Social: Las relaciones interpersonales a menudo se ven afectadas negativamente. Las personas con trastornos mentales pueden aislarse socialmente, lo que puede conducir a la pérdida de relaciones importantes y al apoyo social. Además, el estigma asociado con los trastornos mentales puede exacerbar este aislamiento (Corrigan & Watson, 2002).

Esfera Laboral/Educativa: Los trastornos mentales pueden afectar el rendimiento académico y laboral. Las dificultades de concentración, la falta de energía y la baja autoestima pueden reducir la productividad y aumentar el ausentismo (Kessler et al., 2008).

Esfera Física: Existe una relación bidireccional entre los trastornos mentales y las enfermedades físicas. Por ejemplo, la depresión se ha asociado con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y diabetes, y los trastornos de ansiedad pueden agravar condiciones médicas preexistentes (Prince et al., 2007).

La alta prevalencia de los trastornos mentales y su impacto profundo en diversas esferas de la vida subrayan la necesidad de una atención adecuada y accesible para aquellos que los padecen. La identificación temprana, el tratamiento efectivo y el apoyo continuo son cruciales para mitigar los efectos negativos de estos trastornos y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

Prevalencia de la Esquizofrenia, síntomas y esferas de afectación en las personas que lo padecen.

La esquizofrenia es un trastorno mental crónico y grave que afecta a aproximadamente el 1% de la población mundial (World Health Organization [WHO], 2022). Este trastorno se caracteriza por una variedad de síntomas que pueden impactar significativamente en la vida de quienes lo padecen, afectando diversas esferas de su funcionamiento diario.

Síntomas de la Esquizofrenia

Los síntomas de la esquizofrenia se dividen comúnmente en tres categorías: positivos, negativos y cognitivos.

Síntomas Positivos: Estos incluyen alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento y movimientos desorganizados o anormales. Las alucinaciones, particularmente las auditivas, son uno de los síntomas más comunes, donde los pacientes escuchan voces que no existen en la realidad (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Síntomas Negativos: Estos síntomas reflejan una disminución o ausencia de ciertas capacidades. Incluyen la disminución de la capacidad para planificar y llevar a cabo actividades, hablar poco, mostrar pocas emociones y falta de interés en la vida social. Estos síntomas pueden ser confundidos con depresión o pereza, pero son en realidad un componente central de la esquizofrenia (National Institute of Mental Health [NIMH], 2021).

Síntomas Cognitivos: Los problemas cognitivos incluyen dificultades con la memoria de trabajo, la atención y la capacidad de tomar decisiones. Estos síntomas pueden ser sutiles, pero tienen un gran impacto en la capacidad de las personas para llevar a cabo actividades cotidianas (Harvey et al., 2019).

Esferas de Afectación

La esquizofrenia afecta múltiples esferas de la vida de una persona, incluyendo las siguientes:

Funcionalidad Social: Las personas con esquizofrenia a menudo experimentan dificultades en sus relaciones interpersonales. Los síntomas negativos y cognitivos pueden llevar a un aislamiento social significativo, lo que a su vez puede exacerbar los síntomas del trastorno (Kirkpatrick et al., 2017).

Desempeño Laboral: La esquizofrenia puede afectar la capacidad de una persona para mantener un empleo estable. Las dificultades cognitivas y los síntomas negativos son factores que contribuyen a una baja productividad y altos niveles de desempleo entre las personas con esquizofrenia (Marwaha & Johnson, 2004).

Calidad de Vida: La calidad de vida de las personas con esquizofrenia suele estar significativamente reducida. Las dificultades para llevar a cabo actividades diarias, junto con la estigmatización y el aislamiento social, contribuyen a un bienestar general bajo (Lehman et al., 2004).

Salud Física: Las personas con esquizofrenia tienen una mayor prevalencia de enfermedades físicas, como enfermedades cardiovasculares y diabetes, lo que puede reducir aún más su calidad de vida y esperanza de vida (Laurson et al., 2014).

La esquizofrenia es un trastorno mental complejo que afecta aproximadamente al 1% de la población mundial. Los síntomas de la esquizofrenia pueden ser debilitantes y afectar múltiples áreas de la vida de una persona, incluyendo su funcionalidad social, desempeño laboral, calidad de vida y salud física. Es crucial que los profesionales de la salud mental y las políticas públicas enfoquen sus esfuerzos en proporcionar apoyo integral y tratamientos efectivos para mejorar la calidad de vida de las personas con esquizofrenia.

Programa de Psicoeducación sobre Esquizofrenia

Características del Programa

El Programa de Psicoeducación para la Esquizofrenia está diseñado para proporcionar información y apoyo a las personas con esquizofrenia, sus familias y la población en general. El programa se centra en la educación sobre el trastorno, estrategias de manejo y la promoción de la inclusión y la no discriminación. Este programa combina sesiones informativas, talleres interactivos y actividades comunitarias.

Requerimientos de Aplicación

Para la implementación efectiva del programa, se requieren los siguientes recursos:

1. **Profesionales de la Salud Mental:** Psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales capacitados en psicoeducación y esquizofrenia.
2. **Materiales Educativos:** Folletos, presentaciones, videos educativos y recursos en línea.
3. **Espacios Adecuados:** Salas de conferencias, centros comunitarios y plataformas virtuales para sesiones en línea.

4. **Colaboración Comunitaria:** Apoyo de organizaciones locales, instituciones de salud y grupos de apoyo.

Áreas de Atención del Programa

El programa se centrará en las siguientes áreas:

1. **Educación sobre la Esquizofrenia:** Proveer información detallada sobre el trastorno, sus síntomas y tratamientos disponibles.
2. **Manejo de la Esquizofrenia:** Estrategias para el manejo diario del trastorno, incluyendo técnicas de afrontamiento y adherencia al tratamiento.
3. **Inclusión y No Discriminación:** Promover la comprensión y aceptación de las personas con esquizofrenia en la comunidad.

Objetivo General

Mejorar la calidad de vida de las personas con esquizofrenia y sus familias a través de la educación, el apoyo y la promoción de un entorno inclusivo y no discriminatorio.

Objetivos Específicos

1. Informar y educar a las personas con esquizofrenia y sus familias sobre el trastorno y su manejo.
2. Fomentar la inclusión y la no discriminación de las personas con esquizofrenia en la comunidad.
3. Proporcionar herramientas y estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento y el manejo familiar y comunitario del trastorno.

Estrategias de Inclusión y No Discriminación

1. **Campañas de Concienciación Pública:** Realizar campañas educativas en medios de comunicación y redes sociales para informar a la población general sobre la esquizofrenia y reducir el estigma asociado.

2. **Talleres de Sensibilización Comunitaria:** Organizar talleres en escuelas, lugares de trabajo y comunidades para educar sobre la esquizofrenia, fomentar la empatía y promover el apoyo social.
3. **Grupos de Apoyo y Redes Sociales:** Crear grupos de apoyo tanto presenciales como en línea donde las personas con esquizofrenia y sus familias puedan compartir experiencias, recibir apoyo y aprender unos de otros.

Psicoeducación para Diferentes Grupos

1. **Personas con Esquizofrenia:** Sesiones de educación individual y grupal sobre el trastorno, manejo de síntomas, adherencia al tratamiento y estrategias de afrontamiento.
2. **Familias:** Talleres y sesiones informativas sobre cómo apoyar a un ser querido con esquizofrenia, manejo del estrés familiar y recursos disponibles.
3. **Población General:** Iniciativas comunitarias para promover la comprensión y aceptación de las personas con esquizofrenia, incluyendo eventos públicos y material educativo accesible.

Beneficios Esperados del Programa

1. **Mejor Comprensión del Trastorno:** Incremento en el conocimiento sobre la esquizofrenia entre los participantes, llevando a una mejor comprensión y manejo del trastorno.
2. **Reducción del Estigma:** Disminución del estigma y la discriminación hacia las personas con esquizofrenia en la comunidad.
3. **Mejor Adherencia al Tratamiento:** Aumento en la adherencia al tratamiento y mejor manejo de los síntomas entre las personas con esquizofrenia.

Limitaciones del Programa

1. **Recursos Limitados:** La implementación del programa puede estar limitada por la disponibilidad de recursos financieros y humanos.
2. **Participación de la Comunidad:** Dificultades para involucrar a toda la comunidad y mantener un interés sostenido en el programa.
3. **Diversidad de Necesidades:** Variabilidad en las necesidades individuales de las personas con esquizofrenia y sus familias, lo que puede dificultar la personalización del programa.

Duración del Programa: 12 semanas

Formato del Programa: Sesiones grupales semanales de 90 minutos, combinando educación, discusión y actividades prácticas.

Estructura del Programa

Semana 1: Introducción y Fundamentos de la Esquizofrenia

- **Objetivo:** Presentar el programa y proporcionar una visión general de la esquizofrenia.
- **Contenidos:**
 - Introducción de los participantes y facilitadores.
 - Definición y prevalencia de la esquizofrenia.
 - Síntomas positivos, negativos y cognitivos.
 - Preguntas y respuestas.

Semana 2: Causas y Factores de Riesgo

- **Objetivo:** Explorar las causas y factores de riesgo de la esquizofrenia.
- **Contenidos:**
 - Factores genéticos y biológicos.
 - Influencias ambientales y sociales.

Mitos y realidades sobre la esquizofrenia.

Semana 3: Diagnóstico y Tratamiento

- **Objetivo:** Entender el proceso de diagnóstico y las opciones de tratamiento.
- **Contenidos:**
 - Cómo se diagnostica la esquizofrenia. ○ Medicamentos antipsicóticos: tipos, efectos y manejo de efectos secundarios. ○ Terapias psicológicas y su efectividad.

Semana 4: Manejo de los Síntomas

- **Objetivo:** Proporcionar estrategias para manejar los síntomas de la esquizofrenia.
- **Contenidos:**
 - Técnicas de afrontamiento para alucinaciones y delirios. ○ Manejo del estrés y la ansiedad.
 - Importancia de la adherencia al tratamiento.

Semana 5: Impacto en la Vida Diaria

- **Objetivo:** Discutir cómo la esquizofrenia afecta la vida cotidiana y cómo manejar estos desafíos.
- **Contenidos:**
 - Efectos en la vida social y laboral.
 - Estrategias para mantener la independencia y el funcionamiento diario.
 - Manejo de la estigmatización.

Semana 6: Rol de la Familia y la Red de Apoyo

- **Objetivo:** Enfatizar la importancia del apoyo familiar y social.
- **Contenidos:**
 - Cómo las familias pueden apoyar a sus seres queridos.
 - Comunicación efectiva y establecimiento de límites. ○ Recursos comunitarios y redes de apoyo.

Semana 7: Salud Física y Bienestar

- **Objetivo:** Promover la salud física y el bienestar general.
- **Contenidos:**
 - Importancia de la actividad física y la dieta saludable.
 - Manejo de enfermedades crónicas y prevención.
 - Hábitos de sueño saludables.

Semana 8: Estrategias de Recuperación y Planificación del Futuro

- **Objetivo:** Fomentar una perspectiva positiva y la planificación a largo plazo.
- **Contenidos:**
 - Concepto de recuperación en esquizofrenia.
 - Establecimiento de metas personales y profesionales.
 - Planificación para el futuro y prevención de recaídas.

Semana 9: Manejo de Situaciones de Crisis

- **Objetivo:** Preparar a los participantes para manejar situaciones de crisis.
- **Contenidos:**
 - Identificación de señales de alerta y síntomas de recaída.
 - Planificación de un plan de crisis.
 - Recursos de emergencia y contactos.

Semana 10: Fortalecimiento de Habilidades Sociales

- **Objetivo:** Desarrollar habilidades sociales y de comunicación.
- **Contenidos:**
 - Técnicas de asertividad.
 - Resolución de conflictos y negociación.
 - Participación en actividades sociales.

Semana 11: Autoestima y Motivación

- **Objetivo:** Mejorar la autoestima y la motivación personal.
- **Contenidos:**
 - Técnicas para aumentar la autoestima.
 - Establecimiento de rutinas y motivación diaria.

- Celebración de logros personales.

Semana 12: Revisión y Cierre del Programa

- **Objetivo:** Revisar los aprendizajes y planificar los próximos pasos.
- **Contenidos:**
 - Resumen de los temas tratados.
 - Evaluación del programa por parte de los participantes.
 - Planificación de seguimiento y recursos adicionales.

Conclusión

En conclusión, la adopción de un modelo biopsicosocial para el abordaje de los trastornos mentales representa un avance significativo en la comprensión y tratamiento de estas condiciones. Este modelo reconoce la complejidad y multifactorialidad de los trastornos mentales, integrando aspectos biológicos, psicológicos y sociales, lo cual permite una atención más integral y centrada en el paciente. La implementación de este enfoque requiere de recursos adicionales y una mayor coordinación entre disciplinas, pero ofrece beneficios sustanciales, como la promoción del empoderamiento del paciente y la consideración de su entorno social.

El modelo biopsicosocial, a diferencia del modelo médico tradicional, ofrece una visión más holística del paciente, promoviendo la colaboración interdisciplinaria y el empoderamiento del paciente y su entorno social. Sin embargo, este enfoque también enfrenta desafíos significativos, como la necesidad de mayores recursos y la dificultad en la coordinación de tratamientos multidisciplinarios.

La estigmatización de los trastornos mentales continúa siendo una barrera crítica para el acceso a la atención adecuada. El estigma no solo afecta la autoestima y bienestar de las personas afectadas, sino que también impide la implementación de políticas de salud pública efectivas y limita la financiación de servicios de salud mental. Para combatir este estigma, es esencial un enfoque multifacético que incluya la educación pública, la reforma de políticas y la integración de servicios de salud mental en los sistemas de atención primaria. Solo a través de un cambio de paradigma y la eliminación del estigma se puede garantizar que todas las

personas reciban la atención y el apoyo necesarios para vivir una vida plena y productiva. El Programa de Psicoeducación para la Esquizofrenia, tal como se ha diseñado, busca abordar estos desafíos mediante la educación, el apoyo y la promoción de un entorno inclusivo. Al proporcionar información detallada sobre el trastorno, estrategias de manejo y fomentar la inclusión, el programa tiene el potencial de mejorar significativamente la calidad de vida de las personas con esquizofrenia y sus familias. La colaboración comunitaria y la utilización de materiales educativos accesibles son elementos clave para el éxito de este programa.

Sin embargo, es importante reconocer las limitaciones que enfrenta el programa, como la disponibilidad de recursos, la variabilidad en las necesidades individuales de los participantes y la participación sostenida de la comunidad. A pesar de estos desafíos, los beneficios esperados, como una mejor comprensión del trastorno, la reducción del estigma y una mayor adherencia al tratamiento, justifican la implementación y el esfuerzo continuo para mejorar y adaptar el programa.

En resumen, la integración de enfoques holísticos y la lucha contra el estigma son fundamentales para avanzar en el tratamiento y la percepción de los trastornos mentales. Programas de psicoeducación como el propuesto no solo proporcionan apoyo directo a las personas afectadas y sus familias, sino que también promueven una mayor comprensión y aceptación en la comunidad en general, contribuyendo a una sociedad más inclusiva y equitativa.

Reflexión Personal

El desarrollo de este proyecto me ha permitido profundizar en la complejidad de los trastornos mentales y la importancia de un enfoque integrador en su tratamiento. Personalmente, ha sido una experiencia enriquecedora que me ha sensibilizado aún más sobre las barreras y desafíos que enfrentan las personas con esquizofrenia. A través de la investigación y el diseño del programa de psicoeducación, he comprendido mejor la necesidad de adoptar estrategias multifacéticas que no solo aborden los síntomas clínicos, sino que también promuevan el bienestar general y la inclusión social.

Este proyecto ha reforzado mi compromiso con la salud mental y la importancia de trabajar desde una perspectiva empática y comprensiva. La implementación de programas que fomenten la educación, la reducción del estigma y el apoyo comunitario es fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas con esquizofrenia. A nivel personal y profesional, este proyecto ha ampliado mi visión sobre cómo podemos contribuir a una atención de salud mental más inclusiva y eficaz.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1(1), 16-20.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., & Rüsch, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963-973.
- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 846-861.
- Emslie, C., Ridge, D., Ziebland, S., & Hunt, K. (2006). Men's accounts of depression: Reconstructing or resisting hegemonic masculinity? *Social Science & Medicine*, 62(9), 2246-2257.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Gask, L., Dixon, C., May, C., & Dowrick, C. (2009). Qualitative study of an educational intervention for GPs in the assessment and management of depression. *British Journal of General Practice*, 55(520), 854-859.
- Ghaemi, S. N. (2009). *The rise and fall of the biopsychosocial model: Reconciling art and science in psychiatry*. JHU Press.
- Harvey, P. D., Rosenthal, J. B., & Bowie, C. R. (2019). Cognitive and functional deficits in people with schizophrenia: Evidence for accelerated or exaggerated aging?. *Schizophrenia Research*, 213, 13-21. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.02.012>
- Henderson, C., Evans-Lacko, S., Flach, C., & Thornicroft, G. (2013). Responses to mental health stigma questions: the importance of social desirability and data collection method. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(3), 152-160.

- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (2000). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *Medical Journal of Australia*, 166(4), 182-186.
- Kessler, R. C., Greenberg, P. E., Mickelson, K. D., Meneades, L. M., & Wang, P. S. (2008). The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 43(3), 218-225.
- Kirkpatrick, B., Fenton, W. S., Carpenter, W. T., & Marder, S. R. (2017). The NIMHMATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32(2), 214-219. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj053>
- Kleinman, A. (2004). Culture and depression. *New England Journal of Medicine*, 351(10), 951-953.
- Kohn, R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 858-866.
- Laursen, T. M., Nordentoft, M., & Mortensen, P. B. (2014). Excess early mortality in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 425-448. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153657>
- Lehman, A. F., Lieberman, J. A., Dixon, L. B., McGlashan, T. H., Miller, A. L., Perkins, D. O., & Kreyenbuhl, J. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 161(2_suppl), 1-56. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.2.1>
- Marsella, A. J. (2003). Cultural aspects of depressive experience and disorders. In I. M. Okpaku (Ed.), *Clinical methods in transcultural psychiatry* (pp. 299-324). American Psychiatric Publishing.
- Marwaha, S., & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment: a review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(5), 337-349. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0762-4>
- McLaren, N. (1998). A critical review of the biopsychosocial model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32(1), 86-92.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., ... & Villatoro, J. (2003). Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV

- psychiatric disorders in Mexico: Results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 35(12), 1773-1783.
- National Institute of Mental Health. (2021). Schizophrenia. Recuperado de <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/schizophrenia.shtml>
- Ng, C. H. (1997). The stigma of mental illness in Asian cultures. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31(3), 382-390.
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2010). Mental health of young people: A global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569), 1302-1313.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370(9590), 859-877.
- Schwartz, M. A. (2013). The biopsychosocial model of illness: A model whose time has come. *Journal of Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(2), 117-119.
- Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry: From the era of the asylum to the age of Prozac*. John Wiley & Sons.
- Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.
- Stuart, H. (2008). Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry*, 7(3), 185-188.
- Sue, S., Cheng, J. K. Y., Saad, C. S., & Chu, J. P. (2012). Asian American mental health: A call to action. *American Psychologist*, 67(7), 532-544.
- Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against people with mental illness*. Oxford University Press.
- World Health Organization (WHO). (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2021). Mental health. Retrieved from <https://www.who.int/health-topics/mental-health>
- World Health Organization. (2022). Schizophrenia. Recuperado de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>