



Aporte de innovación para la práctica

Proceso de Enfermería Basado en Evidencia en Adulto Joven con Conducta Autolesiva Suicida

Evidence-Based Nursing Process for Young Adults with Suicidal Self-Harming Behavior

David Alfredo Oros Delgado¹

 <https://orcid.org/0009-0004-1469-6755>

Jose Alfredo Morales Leyva²

 <https://orcid.org/0009-0003-4762-0645>

Ginne Ussi Guadalupe Apodaca Orozco^{3*}

 <https://orcid.org/0000-0002-3701-1630>

Jesica Guadalupe Ahumada Cortez⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-0092-0221>

Rosario Eduardo Apodaca Armenta⁵

 <https://orcid.org/0000-0002-8144-3457>

¹Brigadista de Servicio Social, Licenciatura en Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa

²Brigadista de Servicio Social, Licenciatura en Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa

³Doctora en Estudios Sociales, Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa

⁴Doctora en Ciencias de la Enfermería, Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa

⁵Doctor en Ciencias en Enfermería, Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa

*Autor para correspondencia: ginneapodaca@uas.edu.mx

Recibido: 25/10/2025

Aceptado: 17/12/2025



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir igual (CC BY-NC-SA 4.0), que permite compartir y adaptar siempre que se cite adecuadamente la obra, no se utilice con fines comerciales y se comparta bajo las mismas condiciones que el original.



Resumen

Introducción: La conducta autolesiva y el riesgo suicida en adultos jóvenes constituyen un problema de salud pública de alta relevancia, con importantes repercusiones individuales, familiares y sociales. **Objetivo:** Desarrollar un plan de cuidados de enfermería para un adulto joven con conductas autolesivas y riesgo suicida. **Metodología:** Caso clínico descriptivo guiado por el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y la Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem, utilizando las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC, así como guías de práctica clínica (GPC) basadas en evidencia. Se identificaron seis diagnósticos de enfermería: cuatro reales, uno de riesgo y uno de síndrome: riesgo de conducta autolesiva/suicida; síndrome de estrés postraumático; ansiedad excesiva; autocompasión inadecuada; patrón de sueño ineficaz; y autoestima crónicamente inadecuada. Con base en ello, se diseñaron cinco planes de cuidados. **Resultados:** Los planes operacionalizaron resultados NOC (p. ej., afrontamiento, autoestima, seguridad personal, calidad del sueño) y las intervenciones NIC correspondientes (p. ej., Prevención del suicidio, Manejo de la conducta autolesiva, Apoyo en crisis, Mejora del sueño, Potenciación del afrontamiento), articuladas con los requisitos universales, de desarrollo y de desviación de la salud de Orem. **Conclusión:** La aplicación del PAE, sustentada en guías basadas en evidencia, permitió brindar un cuidado integral y seguro a una persona con depresión severa y conductas autolesivas, favoreciendo el bienestar, la reducción del riesgo y la readaptación funcional.

Palabras clave: Conducta autolesiva, conducta suicida, adulto joven, proceso de atención de enfermería, guías prácticas clínicas.

Abstract

Introduction: Self-harming behavior and suicide risk in young adults constitute a highly significant public health problem, with major individual, family, and social repercussions.

Objective: To develop a nursing care plan for a young adult with self-harming behaviors and suicide risk. **Methodology:** Descriptive clinical case guided by the Nursing Care Process (NCP) and Orem's Self-Care Deficit Theory, using the NANDA-I, NOC, and NIC taxonomies, as well as evidence-based clinical practice guidelines (CPGs). Six nursing diagnoses were identified: four actual, one risk, and one syndrome: risk of self-harming/suicidal behavior; post-traumatic stress syndrome; excessive anxiety; inadequate self-compassion; ineffective sleep pattern; and chronically low self-esteem. Based on this, five care plans were developed. **Results:** The plans operationalized NOC outcomes (e.g., coping, self-esteem, personal safety, sleep quality) and the corresponding NIC interventions (e.g., Suicide Prevention, Self-Harm Behavior Management, Crisis Support, Sleep Enhancement, Coping Enhancement), aligned with Orem's universal, developmental, and health deviation requirements. **Conclusion:** The application of the Nursing Care Plan, based on the Self-Care Deficit Theory and evidence-based guidelines, enabled the provision of comprehensive and safe care to a person with severe depression and self-harming behaviors, promoting well-being, risk reduction, and functional readaptation.

Keywords: self-injurious behavior, suicidal behavior, young adult, nursing care process, clinical practice guidelines.

Introducción

El suicidio constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial y es una de las causas más frecuentes de muerte en adolescentes y adultos jóvenes. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), cada año cerca de 726 000 personas se quitan la vida y muchas más lo intentan; a escala global, representa la tercera causa de mortalidad en el grupo de 15 a 29 años, y 73% de los suicidios ocurre en países de ingresos bajos y medianos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

En México, la situación es igualmente preocupante. Entre 2020 y 2023, la tasa nacional de suicidio aumentó de 6.2 a 6.8 por cada 100.000 habitantes. En términos absolutos se registraron 7.818 defunciones en 2020, 8.351 en 2021, 8.123 en 2022 y 8.837 en 2023; 81.1% correspondió a hombres y 18.9% a mujeres, con tasas de 11.4 y 2.5 por 100.000, respectivamente. En Sinaloa, se reportaron 181 suicidios en 2023, concentrados principalmente en Culiacán y Mazatlán (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2024). Estas cifras subrayan la necesidad urgente de fortalecer la atención a la salud mental de la población joven, en particular de quienes presentan conductas autolesivas o ideación suicida.

Las conductas autolesivas están influidas por factores psicológicos, biológicos, sociales y culturales que interactúan en un continuo de riesgo. Prácticas como cortes o quemaduras suelen funcionar como mecanismos de afrontamiento del malestar emocional y se asocian con una mayor probabilidad posterior de conducta suicida (Bustos et al., 2021; Cárdenas & Hachi, 2024). El aumento de estas conductas en adolescentes y adultos jóvenes, acentuado por factores como el aislamiento social durante la pandemia por COVID-19, evidencia la necesidad de estrategias de prevención y manejo basadas en evidencia.

En este escenario, enfermería desempeña un papel central en la detección temprana, el tratamiento y la recuperación de personas con conducta autolesiva o riesgo suicida. La aplicación rigurosa del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), sustentado en guías de práctica clínica y en la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), permite valorar integralmente al paciente, identificar factores de riesgo, establecer diagnósticos e implementar intervenciones individualizadas (Álvarez et al., 2012). El PAE es un marco metodológico de uso internacional que organiza la práctica del cuidado mediante el razonamiento clínico y la resolución de problemas; se sustenta en el método científico y se desarrolla en cinco fases interdependientes: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, por lo que se reconoce como una herramienta eficaz y segura para estandarizar y mejorar la calidad del cuidado (Juárez, 2023).

Para abordar de manera sólida los casos de conducta autolesiva y riesgo suicida en adultos jóvenes hospitalizados, este PAE se enmarca en la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, que sitúa el autocuidado como eje de acciones intencionales dirigidas a modular factores que condicionan el desarrollo y funcionamiento de la persona, proteger la vida y promover el bienestar. El modelo integra tres componentes interrelacionados teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado de Orem y teoría de los sistemas de enfermería que orientan la práctica clínica, la formación y la gestión en enfermería (Orem 1969).

Pese a su relevancia, persiste una brecha en la literatura respecto a la implementación documentada del PAE específicamente en adultos jóvenes hospitalizados por conducta suicida, lo que limita la estandarización de protocolos y la generación de evidencia aplicable en contextos clínicos reales. En consecuencia, el presente artículo tiene como objetivo implementar un PAE con intervenciones basadas en evidencia en un adulto joven con conducta autolesiva y riesgo suicida, a fin de garantizar un abordaje seguro y oportuno, fortalecer el autocuidado, prevenir recurrencias y mejorar el bienestar emocional del paciente.

Metodología

Presentación del caso

Se desarrolló un estudio de caso clínico descriptivo en una comunidad urbana ubicada en el Noroeste de México, durante el mes de septiembre del 2024, a un hombre de 20 años de edad con diagnóstico de conducta autolesiva e intento de suicidio; mantiene relaciones conflictivas con sus familiares, lo que lo ha llevado a vivir solo. Habiendo trabajado anteriormente como albañil, con un ingreso a un salario mínimo. Presenta alteraciones del sueño como insomnio debido a pesadillas, alucinaciones, terrores nocturnos y dolores articulares con una EVA de 9. Muestra signos de confusión, problemas de razonamiento, concentración y relaciones sociales deterioradas, además de una imagen corporal descuidada y rechazo a los cambios físicos. Refiere síntomas emocionales como depresión, ansiedad, temor, desesperanza, irritabilidad y agresividad.

Método

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es una herramienta reconocida a nivel internacional permite organizar el cuidado profesional de forma estructurada y científica. Con un enfoque basado en la resolución de problemas, facilita la toma de decisiones y busca satisfacer las necesidades integrales de las personas desde una perspectiva holística. Este método, que incluye las etapas de valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, resulta esencial para tratar de manera eficaz y segura a pacientes en riesgo de suicidio o autolesiones.

El PAE comienza con una evaluación exhaustiva que incluye los antecedentes personales, los factores sociales, emocionales y ambientales que podrían afectar la conducta del paciente. Durante esta etapa, es esencial utilizar instrumentos validados como el inventario de Depresión de Beck (BDI-2) y la Escala de Hamilton para Ansiedad. Estas escalas permiten determinar el grado de depresión y ansiedad, reconociendo indicadores esenciales que ayudan a diagnosticar y a planificar las intervenciones. Con base en los resultados, se lleva a cabo un diagnóstico que busca identificar riesgos y déficits en el autocuidado emocional, como la ideación suicida.

Con esta información, se diseña un plan de acción que incluye estrategias personalizadas para mitigar riesgos, fomentar habilidades de afrontamiento y establecer metas claras a corto y largo plazo. La etapa de ejecución se centra en implementar las intervenciones diseñadas, garantizando un abordaje multidisciplinario y un entorno seguro para el paciente. Finalmente, la evaluación permite monitorear el progreso y ajustar las estrategias de manera dinámica según las necesidades del paciente. Para complementar este enfoque práctico, la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem proporciona un marco conceptual valioso. Esta teoría resalta la importancia del autocuidado como un componente clave del bienestar y define cómo el profesional de enfermería puede intervenir en los casos donde las personas no son capaces de cuidar de sí mismas. Este modelo guía las intervenciones, promoviendo la autonomía del paciente mientras se proporciona el apoyo necesario.

El caso fue seleccionado por su relevancia clínica y valor educativo, al representar una conducta autolesiva suicida en un adulto joven, situación de alta prioridad para la práctica de enfermería por el riesgo vital y la necesidad de una intervención integral basada en evidencia. El estudio se realizó con un solo paciente ($n = 1$), de acuerdo con la naturaleza del diseño de caso clínico descriptivo, lo que permitió un análisis profundo del Proceso de Enfermería. Para su desarrollo se obtuvo el consentimiento informado del paciente, garantizando la confidencialidad y el respeto a sus derechos, establecido en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

En el caso del suicidio y las autolesiones, combinar el PAE con el uso de herramientas como la Escala de Hamilton y el BDI-2 permite realizar una valoración

integral y precisa. Este enfoque aborda las necesidades inmediatas del paciente, también fomenta su bienestar a largo plazo, especialmente en un contexto de la depresión, donde los problemas emocionales han cobrado mayor relevancia estos últimos días. Por lo cual este modelo integral se posiciona como una estrategia clave para garantizar una atención de calidad y basada en evidencia en este ámbito.

Valoracion de Enfermería

Para dar paso al proceso de valoración, se informó a la persona sobre el objetivo del estudio y se pidió su consentimiento para la aplicación del instrumento de valoración organizado con base a la Teoría General del Déficit de Autocuidado por Dorothea E. Orem con sus tres subteorías: del autocuidado, a partir de la cual se muestran los datos referente a los ocho requisitos universales, de desarrollo y desviación de la salud, del déficit de autocuidado, con datos sobre la agencia de autocuidado y la de sistemas de enfermería. Asimismo, se extrajeron datos de un examen físico céfalocaudal y de las escalas de Halminton, BDI-2 , los datos se clasificaron en significativos y/o relevantes los cuales se describen en la (tabla 1). Cabe mencionar, que en todo momento durante la entrevista y exploración física se tomaron medidas para proteger la individualidad e integridad de la persona.

Tabla 1

Valoración de enfermería con base a la Teoría General del Déficit de Autocuidado

Factores condicionantes básicos	Datos significativos/Relevantes
Descripción de la persona	AJ, 20 años de edad en hospitalización, con diagnóstico de Autolisis e Intento de Suicidio, peso de 60 Kg, talla de 175 cm, casa prestada hecha de ladrillo, en condiciones de abandono. No cuenta con los servicios básicos de la vivienda, agua potable, luz eléctrica, drenaje y pavimento. No cuenta con condiciones ambientales de comunidad, alumbrado público, recolección de basura, drenaje y alcantarillado. Vive solo. Relación familiar conflictiva. Cuenta con un salario mínimo en el hogar.
Patrón de vida	No realiza actividades para el cuidado de su salud.
Estado de sistema de salud	Al momento de la valoración, percibe su estado de salud malo y se encuentra grave.
Estado de desarrollo	Refiere tener la capacidad para la toma de decisiones. No cuenta con familiares para la consultoría de su tratamiento médico. Presenta toxicomanías.
Requisitos Universales	Datos significativos/Relevantes
Mantenimiento de un aporte suficiente de aire	SDS
Mantenimiento de un aporte suficiente de agua	FC: 100 x', TA: 115/45 mmHg (Hipotensión), mucosa oral deshidratada, piel seca y escamosa, turgencia escasa, ojos secos sin lágrimas, consumo de agua de 250 a 500 ml al día, consume 2 l de refresco, Sol. Hartmann de 1000 ml. para 24 Hrs.
Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos	Peso: 60 Kg, Talla, 175 cm, IMC: 20 Kg/m ² , dentadura incompleta, problemas de alimentación: náuseas, vómito, pirosis.
Proceso de eliminación y excretas	Estreñimiento, heces duras.
Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo	Cambios en el patrón de sueño, cansancio, bostezos, insomnio, pesadillas, alucinaciones, ojeras, ronquidos, presencia en articulaciones de dolor con una escala del dolor EVA con puntuación 9.
Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción	Hipoacusia, mareos presbicia, relación familiar mala, distante e indiferente.
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano	Problemas de concentración y razonamiento, confusión.
Promoción del funcionamiento humano y desarrollo humano dentro de grupos sociales de acuerdo con el potencial, conocimiento de las limitaciones y deseo de ser normal.	Depresión, ansiedad, temor, desesperanza, negatividad, tristeza, negación, ira, inadaptación, irritabilidad, culpa, agresión.

Requisitos de desarrollo de autocuidado	Etapa niñez: sufrió abuso sexual. Etapa adulto joven: Sufre abuso sexual, presenta autolisis e intento de suicidio.
Requisitos de desviación de la salud	No realiza chequeos generales de salud, no acude a campañas de salud, no realiza actividades de ejercicio físico o rehabilitación.
Agencia de autocuidados	<u>Fluoxetina 20mg, Olanzapina 10mg y Paracetamol 500mg.</u>

Nota: AJ: adulto joven, Kg: kilogramos, Cm: centímetros, SDS: sin datos significativos, FC: frecuencia cardiaca, TA: tensión arterial, IMC: índice de masa corporal, ML: mililitros, Hrs: Horas Mg: miligramos.

Diagnóstico

El establecimiento de los diagnósticos de enfermería se realizó bajo la taxonomía North American Nurse Diagnosis Association (NANDA, versión 2024-2026), se agruparon los datos significativos, se identificó dominio, clase y diagnóstico de enfermería; los diagnósticos asociados fueron validados por un experto en PAE. Su jerarquización se estableció con base a la pirámide de necesidades de Abraham Maslow que parte de 1, donde 1 es el diagnóstico más prioritario. La tabla 2 muestra la priorización según el diagnóstico de enfermería.

Tabla 2

Estructuración de diagnósticos enfermeros y problemas de colaboración

Enunciado diagnóstico (Etiqueta diagnóstica, factores relacionados y características definitorias)	Priorización
Riesgo de conducta autolesiva suicida R/C Cambios en conducta; expresa deseos de morir; uso de alcohol u otras sustancias ilícitas; malos tratos en su infancia. M/P Autolisis.	1
Síndrome de postraumático R/C Depresión M/P Vulnerabilidad percibida	2
Ansiedad excesiva R/C Abuso de sustancias M/P desamparo	3
Auto compación inadecuada R/C Negación inadecuada M/P Emociones inapropiadas	4
Patrón de sueño ineficaz R/C Síntomas depresivos M/P Expresa insatisfacción con el sueño	5
Autoestima inadecuada crónica R/C Apoyo social inadecuado M/P Rechazo de la retroalimentación positiva e ideación suicida	6

Nota: R/C: relacionado con, M/P: manifestado por

Planeación, Ejecución y Evaluación:

Para el desarrollo del plan de cuidado o planeación se trabajó a través de la taxonomía Nursing Outcomes Classification (NOC, por sus siglas en Inglés, versión 2024-2026): dominio, clases, resultados, indicadores y escalas de medición. De igual forma, aplicando la EBE se utilizaron las Guías de Práctica Clínica en Enfermería publicadas por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud de México y el Instituto Aragones de Ciencias de la Salud, se consideraron en el plan las intervenciones que mostraban un nivel de evidencia aceptable. Los planes se muestran en el apartado de resultados.

Resultados

A continuación, se presentan los planes de cuidado con intervenciones que plantearon resultados que lleven a la persona a establecer un equilibrio hacia sus impulsos, asimismo, con la revisión de las Guías de Práctica Clínica en Enfermería publicadas en por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud de México y la taxonomía Criterios de Intervenciones de Enfermería (NIC, por sus siglas en inglés) a través de la selección de intervenciones basadas en la evidencia enfocadas en la comunicación, estilo de vida y relación familiar (tabla 3).

De igual manera, para atender el diagnóstico de riesgo de conducta autolesiva suicida, síndrome postraumático, ansiedad excesiva, autocompación inadecuada, patrón de sueño ineficaz y autoestima inadecuada crónica. Por lo que se propone enfocar intervenciones hacia la importancia de las terapias cognitivo-conductuales, técnicas de relajación y tratamiento mediante el uso de fármacos.

Tabla 3

Plan de cuidados con intervenciones de EBE para el diagnóstico de riesgo de conducta autolesiva suicida. Puntaje Diana: 5

Diagnóstico de enfermería	NOC	NIC-GPC Intervenciones sugeridas
<p>Riesgo de conducta autolesiva suicida (00466) R/C Cambios en conducta; expresa deseos de morir; uso de alcohol u otras sustancias ilícitas; malos tratos en su infancia.</p> <p>Dominio: (11) Seguridad y protección.</p> <p>Clase: (3) Violencia.</p>	<p>Resultado esperado Deseo de vivir (1206)</p> <p>Dominio: (III) Salud Psicosocial.</p> <p>Clase: (M) Bienestar Psicológico.</p> <p>Indicadores Pensamientos suicidas (1206614)</p> <p>Escala de medición</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grave 2. Sustancial 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno 	<p>Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida</p> <ul style="list-style-type: none"> -Discutir planes para afrontar las ideas suicidas en el futuro (factores precipitantes, con quien contactar, dónde buscar ayuda, maneras de aliviar los impulsos de autolesión). -Enseñar al paciente estrategias de afrontamiento (entretenimiento en asertividad, control de actos impulsivos, relajación muscular progresiva) según corresponda. -Remitir al paciente a un especialista de la salud mental (psiquiatra o enfermera experimentada en salud mental/psiquiatría) para la evaluación y el tratamiento de la idealización y conducta suicida, según lo necesario. <p>-Explicar las precauciones contra el suicidio y los aspectos relevantes de la seguridad del paciente/familia/allegados (propósito, duración, expectativas conductuales, y consecuencias de las conductas).</p> <p>-Educar sobre la importancia de llevar a cabo terapias cognitivo-conductuales. La evidencia científica demuestra efecto positivo sobre la conducta suicida en comparación con otros tratamientos.</p> <p>-Informar al paciente y/o familiares sobre el modo de terapia, debido que la evidencia demuestra que los tratamientos individuales, con sesiones grupales han presentado efecto más fuertes que los tratamientos basados de forma exclusiva en sesiones grupales.</p> <p>-Administra medicación para disminuir la ansiedad, agitación o psicosis y para estabilizar el estado de ánimo, si procede.</p>

Nota: R/C= Relacionado con, M/P= Manifestado por, NE=Nivel de Evidencia, SE= Sistema de Enfermería= TC=Totalmente Compensador, PC= Parcialmente compensador, AE= Apoyo Educativo, DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, TCC: terapia cognitivo conductual.

Tabla 4

Plan de cuidados con intervenciones de EBE para el diagnóstico de Síndrome postraumático. Puntaje Diana: 2

Diagnóstico de enfermería	NOC	NIC-GPC Intervenciones sugeridas
Síndrome postraumático (00141) R/C Abuso sexual y depresión M/P Ansiedad excesiva y deterioro de la regulación del estado del ánimo	Resultado esperado Recuperación tras el abuso sexual (2505) Dominio: (VI) Salud familiar	Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Manejo del estrés postraumático Entre las estrategias terapéuticas utilizadas en el manejo de la TEPT. -Establecer plan de seguridad: señales de alarma, contactos, espacios seguros; restringir acceso a medios letales. -Acordar límites de exploración: no forzar narrativas; evitar preguntas que revictimicen. -Entrenar respiración diafragmática (4-6 ciclos/min, 10 min, 2-3/día), para disminuir la ansiedad. -Educar sobre la mejora del sueño rutina fija (hora regular, ambiente oscuro/fresco, sin pantallas 60-90 min antes). -Reducir el riesgo inmediato, a través de rutina fija (hora regular, ambiente oscuro/fresco, sin pantallas 60-90 min antes). -Acordar mensajes consistentes , roles y límites; plan de apoyo en crisis. -Canalizar a grupos de apoyo a cuidadores. -Contrarrestar depresión y evitación conductual, a través de micro metas diarias (autocuidado, contacto social breve, actividad gratificante).
Dominio: (9) Afrontamiento/tolerancia al estrés. Clase: (1) Respuestas psotraumáticas	Clase: (Z) Estado de salud de los miembros de la familia Indicadores Depresión (230508)	
	Escala de medición 1. Extenso 2. Sustancial 3. Moderado 4. Escaso 5. Ninguno	

Nota: R/C= Relacionado con, M/P= Manifestado por, NE=Nivel de Evidencia, AE= Apoyo Educativo, TEPT= Tratamiento de Estrés Post-Traumático.

Tabla 5

Plan de cuidados con intervenciones de EBE para el diagnóstico de riesgo de ansiedad excesiva. Puntaje Diana: 4

Diagnóstico de enfermería	NOC	NIC-GPC
		Intervenciones sugeridas
Ansiedad excesiva (00400) R/C Abuso de sustancias M/P Desamparo e insomnio	Resultado esperado Autocontrol de la ansiedad (1402)	Guía de Práctica Clínica para el manejo de Pacientes con Transtornos de ansiedad en Atención Primaria -Animar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos; identificando las situaciones que precipitan su ansiedad. Considerar la TCC como tratamiento de elección para el TAG. En la guía canadiense los metaanálisis demuestran que la TCC reduce los síntomas de ansiedad y es más eficaz para el TAG que el no tratamiento o los métodos de tratamiento psicológico no específicos. Las ventajas de la terapia, en estudios a largo plazo, tienden a mantenerse de 6 meses a 2 años después de la terminación del tratamiento.
Dominio: (9) Afrontamiento/tolerancia al estrés	Dominio: (III) Salud psicosocial.	-Considerar la TCC como tratamiento de elección para el TAG. En la guía canadiense los metaanálisis demuestran que la TCC reduce los síntomas de ansiedad y es más eficaz para el TAG que el no tratamiento o los métodos de tratamiento psicológico no específicos. Las ventajas de la terapia, en estudios a largo plazo, tienden a mantenerse de 6 meses a 2 años después de la terminación del tratamiento.
Clase: (2) Respuestas de afrontamiento	Clase: (O) Autocontrol Indicadores Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso (140205)	canadiense los metaanálisis demuestran que la TCC reduce los síntomas de ansiedad y es más eficaz para el TAG que el no tratamiento o los métodos de tratamiento psicológico no específicos. Las ventajas de la terapia, en estudios a largo plazo, tienden a mantenerse de 6 meses a 2 años después de la terminación del tratamiento. La TCC (mediante una combinación de intervenciones tales como reestructuración cognitiva, exposición, relajación y desensibilización sistemática) comparada con control en lista de espera (sin tratamiento) mejora la ansiedad generalizada al cabo de 4 a 12 semanas de tratamiento. -Instruir al paciente sobre los efectos de la sustancia consumida (físicos, psicológicos y sociales por lo que las drogas son sustancias que actúan sobre nuestro sistema nervioso central. A nivel cerebral, las drogas actúan sobre los neurotransmisores alterando y perturbando el correcto funcionamiento, afectando a la conducta, estado de ánimo o percepción. -Ayudar al paciente en el desarrollo de la autoestima fomentando los esfuerzos positivos y la motivación; validando sus emociones y darles un espacio cuando se vea que lo necesita.
	Escala de medición 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	

Nota: R/C= Relacionado con, M/P= Manifestado por, NE=Nivel de Evidencia, SE= Sistema de Enfermería= TC=Totalmente Compensador, PC= Parcialmente compensador, AE= Apoyo Educativo, TCC: Terapia Cognitiva Conductual, TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada

Tabla 6

Plan de cuidados con intervenciones de EBE para el diagnóstico de autocompasión inadecuada. Puntaje Diana: 1

Diagnóstico de enfermería	NOC	NIC-GPC Intervenciones sugeridas
Autocompasión inadecuada (00325) R/C Negacion ineficaz M/P Emociones inapropiadas	Resultado esperado Equilibrio emocional (1402)	Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto -Considerar estrategias para disminuir el aislamiento y la oportunidad de actuar de acuerdo con los pensamientos dañinos. -Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para transmitirles atención y franqueza y para dar oportunidad al paciente para hablar de sus sentimientos.
Dominio: (9) Afrontamiento/tolerancia al estrés	Dominio: (III) Salud psicosocial. Clase: (M) Bienestar psicologico	
Clase: (2) Respuestas de afrontamiento	Indicadores Ideas suicidas (120416) Depresion (120420)	Implementar los efectos de la TCC frente a la no intervención en el trastorno depresivo mayor mostró que la TCC redujo significativamente los síntomas depresivos medidos con la escala de Hamilton. Con la escala BDI se observó una reducción significativa en las puntuaciones, confirmando los resultados el análisis secuencial.
	Escala de medición 1. Siempre demostrado 2. Frecuentemente demostrado 3. A veces demostrado 4. Raramente demostrado 5. Nunca demostrado	

Nota: R/C= Relacionado con, M/P= Manifestado por, NE=Nivel de Evidencia, SE= Sistema de Enfermería= TC=Totalmente Compensador, PC= Parcialmente compensador, AE= Apoyo Educativo, TCC: Terapia Cognitiva Conductual, TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada., BDI: Inventario de Depresión de Beck.

Tabla 7

Plan de cuidados con intervenciones de EBE para el diagnóstico de patrón de sueño ineficaz. Puntaje Diana: 2

Diagnóstico de enfermería	NOC	NIC-GPC
		Intervenciones sugeridas
Patrón de sueño ineficaz (00337)	Resultado esperado	Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico y Manejo de los Trastornos del Sueño.
R/C Abuso de sustancias síntomas depresivos y M/P	Sueño (0004)	-Comprobar el patrón del sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (apnea del sueño, dolor/molestias) y/o psicológicas (miedo o ansiedad).
Expresa insatisfacción con la vida y el sueño, terrores nocturnos, pesadillas y alucionaciones.	Dominio: (I) Salud funcional. Clase: (A) Mantenimiento de la energía	-Enseñar al paciente a realizar técnicas de relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.
Dominio: (4) Actividad/Reposo	Indicadores	-Instruir al paciente y a los allegados acerca de los factores (fisiológicos, psicológicos, estilo de vida, cambios frecuentes de turno de trabajo, zona, horario de trabajo excesivamente largos y demás factores ambientales) que contribuyan a trastornar el esquema del sueño.
Clase: (1) Sueño/Reposo	Patrón del sueño (000403)	
	Escala de medición	
	1. Gravemente comprometido	
	2. Sustancialmente comprometido	
	3. Moderadamente comprometido	El tratamiento de insomnio en un paciente deprimido debe individualizarse en cada caso, basándose en una historia clínica que incluya un análisis minucioso de los fármacos que usa el paciente y que sean probables causas o coadyuvantes.
	4. Levemente comprometido	
	5. No comprometido	
		Cuando sea posible, debe modificarse el horario de administración y dosis de fármacos beta-bloqueadores y diuréticos en la noche, para evitar los efectos negativos en neurotransmisores y la fragmentación del sueño.

Nota: R/C= Relacionado con, M/P= Manifestado por, NE=Nivel de Evidencia, SE= Sistema de Enfermería= TC=Totalmente Compensador, PC= Parcialmente compensador.

Tabla 8

Plan de cuidados con intervenciones de EBE para el diagnóstico de autoestima inadecuada crónica. Puntaje Diana: 1

Diagnóstico de enfermería	NOC	NIC-GPC
Autoestima inadecuada crónica (00483) R/C Apoyo social inadecuado M/P Rechazo de la retroalimentación positiva e ideación suicida Dominio: (6) Autopercepción Clase: (2) Autoestima	Resultado esperado Autoestima (1205) Dominio: (III) Salud psicosocial. Clase: (M) Bienestar psicológico.	Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico y Tratamiento Depresivo en el Adulto -Ayudar al paciente a re-examinar las percepciones negativas que tiene así mismo, animando a conversar consigo mismo y verbalizar autoafirmaciones positivas a diario. -Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre si mismo. Debe considerarse la terapia cognitivo conductual para aquellos pacientes con respuesta inadecuada a otras intervenciones o con una historia previa de recaídas y/o presencia de síntomas residuales.
	Indicadores Verbalización de autoaceptación (120501) Comunicación abierta (120507)	
	Escala de medición 1. Nunca positivo 2. Raramente positivo 3. A veces positivo 4. Frecuentemente positivo 5. Siempre positivo	-Realizar afirmaciones empáticas de apoyo comprender las emociones, preocupaciones y necesidades del paciente, lo cual es fundamental para brindar un cuidado integral y personalizado. -Comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa o vergüenza, la persona puede terminar aislándose al sentirse poco valiosa, minimizando sus logros y magnificando sus errores.

Nota: R/C= Relacionado con, M/P= Manifestado por,

Discusión y conclusión

La integración de la teoría de autocuidado de Orem y la aplicación de las guías de práctica clínica representan una buena base para estructurar los planes de cuidado, que favorecen la promoción y medidas de afrontamiento basándose en el proceso del paciente. Estas condiciones potencializan la desconfianza, el aislamiento y a dificultad para establecer vínculos de apoyo, incrementando la conducta suicida. La integración de la teoría de autocuidado de Orem y la aplicación de las guías de práctica clínica representan una buena base para estructurar los planes de cuidado, que favorecen la promoción y medidas de afrontamiento basándose en el proceso del paciente.

De acuerdo con los resultados en el presente plan de cuidados que surgieron a través de aplicar el proceso de atención de enfermería a un adulto joven, basándose en el impacto emocional derivado de los sucesos que generan un desequilibrio mental, aumentando la vulnerabilidad de la persona empleado por la valoración del paciente. Los diagnósticos más relevantes fueron riesgo de suicidio, ansiedad excesiva, autoestima crónicamente inadecuada, patrón de sueño ineficaz, síndrome postraumático y autocompasión inadecuada; a lo que este perfil coincide con el reportado por Ramírez Hernández y Caudillo Ortega (2018) del cual presentaba diagnósticos relacionados como la ideación suicida, baja autoestima y las alteraciones en el estado de ánimo por lo que se observa una convergencia en la valoración de estos pacientes.

Así mismo los resultados presentados en este estudio se identificó una combinación de los factores individuales, familiares y sociales que precipitan a las conductas autolesivas, reforzando las necesidades de planes de cuidado de enfermería y multidisciplinarios, donde se incluya el control farmacológico, psicológico y la

promoción de la salud como base de apoyo. Vásquez Solano (2025) identificó que los antecedentes de violencia impactan directamente en la autoestima y generan sentimientos de culpa y desesperanza; ambas experiencias muestran que la valoración de enfermería debe contemplar todos los contextos sociales y psicológicos del paciente.

En ambos estudios se presentó la utilización de las taxonomías NANDA, NOC y NIC aportan un marco estructurados que permite organizar, priorizar problemas y definir las intervenciones; en el caso de Ramírez Hernández (2018) la priorización se apoyó en el razonamiento de Daniel Pesut, que le permitió su priorización de los diagnósticos; en el presente caso, la jerarquización se enfocó en la pirámide de necesidades de Abraham Maslow que permite priorizar la mayor necesidad presente, fortaleciendo la toma de decisiones basadas en evidencia, con Vásquez Solano (2025) se enfoca en los cuidados hacia la seguridad inmediata del paciente.

Las intervenciones en el proceso de Vásquez Solano (2025) resalta que la atención temprana de enfermería con base en el PAE es fundamental para prevenir la progresión del riesgo suicida, especialmente en víctimas de violencia familiar; en este contexto se observó que las intervenciones se basaban en la vigilancia clínica, en el acompañamiento emocional y el fortalecimiento de la resiliencia. Se recurrió a planes de cuidado fundamentados en guías de práctica clínica, donde se destacó las terapias cognitivo-conductuales, técnicas de relajación, farmacoterapias y acompañamiento emocional.

Estas intervenciones presentan una relación con el paciente de urgencias de Ramírez Hernández y Caudillo Ortega (2018), en el que presentó el control farmacológico y la vigilancia intensiva como pilares para reducir el riesgo suicida; en ambos contextos se reconoce que estas intervenciones son esenciales para la desesperanza y la promoción

del control de la ideación suicida, lo que reafirma la importancia de enfermería en la atención inmediata. La implementación de guías de práctica clínica para las intervenciones fue establecida en los procesos donde de igual forma hay una relación con Patiño Fajardo (2021) con un paciente con trastorno depresivo e intento de suicidio sustentando intervenciones de los GPC para contener acciones e intentos de suicidio de forma que la terapia y la interacción se efectué donde la comunicación es un medio de afrontamiento eficaz.

La comparación entre ambos casos clínicos establece que el PAE, se respalda en las clasificaciones diagnósticas y métodos de evaluación, siendo efectivas para tratar el riesgo suicida y las conductas autolesivas en diferentes entornos clínicos. Así lo corrobora la comparación entre los casos clínicos. Asimismo, enfatizando que es fundamental una intervención temprana, integral y basada en evidencia para asegurar un cuidado que sea seguro, humano y enfocado en resultados.

A partir de este estudio de caso se determinó que el PAE realizado a través de la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem permite identificar las respuestas humanas en pacientes con diagnóstico de conducta autolesiva suicida, a través de cada una de las etapas y con base a los requisitos universales, de desarrollo y de desviación de la salud; el proceso enfermero da paso a la integración de taxonomías NANDA, NOC, NIC y el uso de GPC (Guía de práctica clínica), cabe destacar que las intervenciones abordadas en los planes de cuidados se realizaron a partir de la Enfermería Basada en la Evidencia con el uso de guías, lo anterior permite brindar un cuidado integral a un paciente con trastorno de depresión severo, contribuyendo al bienestar de la persona y readaptación a la nueva normalidad.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto e intereses en relación con el artículo.

Referencias

Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown. *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)*.

https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/070_psicoterapias1/material/inventario_beck.pdf

Álvarez, M., Atienza, G., & Ávila, M. J. (2012). *Canedo Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. (Revisada septiembre 2020). Guías Salud. GPCprevencionconductasuicida.pdf

Bustos, P. I. M., Villaseca, J. A. F., Silva, A. A. T., & Castroman, J. L. (2021). Conductas suicidas y autolesiones en una muestra clínica de adolescentes chilenos. *Interciencia*, 46(12), 455–461. *Conductas Suicidas Y Autolesiones En Una Muestra Clínica De Adolescentes Chilenos*

Cárdenas González, E., & Hachi Castro, J. (2024). *Prevalencia y factores de riesgo asociados al suicidio en adolescentes de Latinoamérica*. [Tesis de pregrado].

Universidad Católica De Cuenca

<https://dspace.ucacue.edu.ec/items/3ae080e4-23c9-4c39-abac-87299f1ef6e8>

Fernanda Ramírez-Hernández, T., Universidad de Guanajuato, & Caudillo-Ortega, L. (2018). Proceso de cuidados de enfermería. Un abordaje en urgencias a una paciente con trastorno depresivo. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, 9, 32–35. <https://doi.org/10.5538/2385-703x.2018.9.32>

- Hamilton, M. (1959). Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A)
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Lopes, C. (Eds.). (2024). Nanda-I International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification, 2024-2026. Georg Thieme Verlag.
- Hernández, T. F. R., & Ortega, L. C. (2018). Proceso de cuidados de enfermería. Un abordaje en urgencias a una paciente con trastorno depresivo. *Revista de enfermería y salud mental*, (9), 32-35. file:///C:/Users/f8546/Downloads/Dialnet-ProcesoDeCuidadosDeEnfermeriaUnAbordajeEnUrgencias-6258140.pdf
- Hernández-Bringas, H. H., & Flores-Arenales, R. (2011). El suicidio en México. *Papeles de Población*, 17(68), 69–101. Redalyc. El suicidio en México
- Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI) (2024). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024/EAP_Suicidio24.pdf
- Juárez, H. D. M. (2023). Proceso de atención de enfermería aplicado a adulta joven con duelo inadecuado, relacionado con antecedentes de duelos no resueltos evidenciado por ansiedad, síntomas depresivos, expresión de sensación de vacío y conducta de riesgo suicida [Tesis]. Universidad Nacional Autónoma de México.
<https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000839202/3/0839202.pdf>
- Maslow, A. (2004). Jerarquía de necesidades. México: Quetzal.

Miranda-Cota, G. A., González-Borbolla, K. D. R., & Apodaca-Orozco, G. U. G.

(2023). Proceso de enfermería a adulto joven con trastorno de ansiedad durante pandemia por COVID-19. *Enfermería*, 17(1).

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2023000100011

Moorhead, S., Swanson, E., & Johnson, M. (2024). Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud. Elsevier Health Sciences

OMS. (2021). Suicidio en el mundo en 2021: estimaciones sanitarias globales. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110069>

Orem, D. (2007). Teoría del déficit de autocuidado. A. Marriner y M. Raile (6^a ed.) Modelos y teoría en enfermería, 267-295.

Patiño Fajardo, S. A. (2021). Proceso cuidado enfermero paciente" trastorno depresivo mayor grave, sin síntomas psicóticos (F32. 2), intento de suicidio y distimia". [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional Autónoma de México

<https://ru.dgb.unam.mx/server/api/core/bitstreams/6ce6cb71-e667-4290-9e8b-6e5b606ba162/content>

Vásquez Solano, Z. J. (2025). Proceso de atención de enfermería en paciente con riesgo de comportamiento suicida tras experimentar violencia familiar. [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional Autónoma de México

<https://ru.dgb.unam.mx/server/api/core/bitstreams/379dcf05-1d7a-4ac0-b375-7c980901b5c4/content>

Wagner, C. M., & Butcher, H. K. (2024). Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Elsevier Health Sciences.