

# ACTUACION DE ENFERMERIA EN EL AFRONTAMIENTO A LA IDEACION SUICIDA

Gualdrón Romero, M<sup>a</sup> Alexandra<sup>2</sup>; Pérez Loza, Isabel<sup>1</sup>.  
Enfermera. SCS<sup>2</sup> Enfermera. Cardiología críticos HUMV<sup>1</sup>.

## Introducción

La salud mental es definida por la OMS como el estado de bienestar a través del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a la comunidad. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2013 fallecieron por suicidio 3.870 personas (2.911 hombres y 959 mujeres), situándose de nuevo como la principal causa externa de muerte. La tasa de suicidio se situó en 8,3 fallecidos por cada 100.000 personas (12,7 en los hombres y 4,1 en las mujeres). Los profesionales de Enfermería debemos intervenir en la modificación de los estímulos para favorecer una respuesta adaptativa, pero para ello, es imprescindible valorar previamente los mecanismos de afrontamiento de la persona, centrándonos en lo que constituye nuestro área de interés, los problemas de adaptación.

## Valoración

Varón de 38 años que ingresa en Urgencias por intento de suicidio.

Modo fisiológico: Sin alteraciones.

Modo Psicossocial:

- Función del rol: Soltero, vive con su familia, actualmente está desempleado y tiene escasas relaciones sociales.
- Autoconcepto: Se define como una persona sociable, pero que "hay gente que quiere hacerme daño", cree que la gente le observa, tiene miedo a la muerte y teme por la seguridad de su familia. Es católico pero no practicante.
- Interdependencia: Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia pero percibe que no entienden su preocupación por la seguridad de su casa, "creen que estoy enfermo, pero no es así". Minimiza la dificultad para mantener relaciones sociales, aficiones y los hábitos higiénicos adecuados (baño- aseo y vestido). expresa reiteradamente que "quisiera hacer algo por mejorar las relaciones con mi familia", manifiesta recuerdos del pasado que le hacen emocionarse, pero niega cualquier matiz de culpa a estar enfermo, lo que redundaría en la nula conciencia de enfermedad. Presenta escaso contacto ocular y embotamiento afectivo.

Mecanismo Regulador: Sin alteraciones.

Mecanismo cognitivo:

- Percepción: Alucinaciones auditivas, Ideas delirantes de persecución, percibe la presencia de gente que rodea su casa y va entrar a robarle y hacerle daño a su familia.
- Juicio: Presenta aislamiento social con ideas de grandeza, Déficit de hábitos higiénicos (aseo, higiene y vestido).
- Emociones: Siente ansiedad y angustia al ver que la expresión de sus sentimientos y su afecto con se corresponde con lo que él espera de los demás, espera que le den la razón de lo que percibe. Su angustia aumenta cuando su familia lo enfrenta a la realidad e intentan desmentir sus pensamientos.
- Memoria y Aprendizaje: Sin alteraciones.

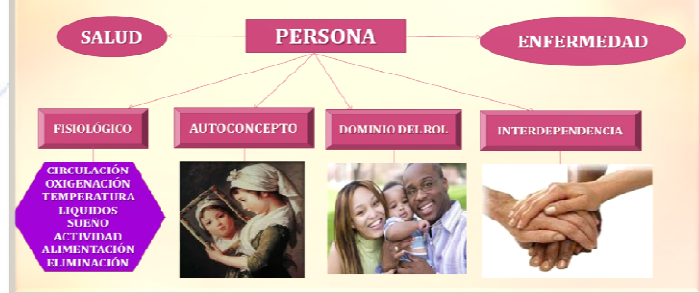
Estímulo focal: Alteración de los hábitos higiénicos.

Estímulo contextual: Falta de apoyo familiar.

Estímulo residual: Antecedentes familiares de esquizofrenia.



## MODOS DE ADAPTACIÓN - MODELO DE ROY



## Diagnósticos Enfermeros

- Afrontamiento familiar comprometido.
- Afrontamiento familiar comprometido r/c información inadecuada del cuidador m/p reticencia, rechazo.
- Disposición para mejorar el autocuidado.
- Disposición para mejorar el autocuidado r/c un entorno terapéutico seguro m/p expresión verbal.

## Complicaciones potenciales

- Delirios
- Alucinaciones
- Derivadas de los tratamientos

## Resultados

- Relacionados con el primero de los (DxE):
- Afrontamiento de los problemas de la familia
- Relacionados con el segundo (DxE):
- Autocuidados: baño
- Autocuidados: vestir
- Autocuidados: higiene
- Relacionada con las CP:
- Autocontrol del pensamiento distorsionado

## Intervenciones

- Identificar la disposición de los miembros de la familia para implicarse con el paciente.
- Informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado del paciente.
- Proporcionar el apoyo necesario para que la familia tome decisiones informadas.
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
- Establecer una rutina de autocuidados.
- Proporcionar un ambiente terapéutico garantizando una experiencia cálida, relajante y personalizada.
- Intervenciones relacionadas con las CP:
  - Manejo de las ideas delirantes
  - Manejo de las alucinaciones
  - Manejo de la medicación

## Evaluación

En este caso, la información a la familia de nuestro paciente permite la comprensión de la enfermedad y la identificación de conductas, situaciones y sucesos desencadenantes de alteraciones de la salud. De igual manera, las intervenciones familiares facilitan la identificación del estrés sobre la situación en los miembros de la familia; el paciente y la familia adquieren conciencia de enfermedad.

**1ª SEMANA:** Supervisión de hábitos higiénicos del paciente y planificación de sesiones periódicas con la familia.

**2ª SEMANA:** El paciente se adapta a los hábitos higiénicos (baño, aseo y vestido). La familia expresa las dificultades de afrontamiento durante las sesiones planificadas.

**3ª SEMANA:** La familia adquiere conocimientos y pautas de afrontamiento a la enfermedad.

**4ª SEMANA:** El paciente y la familia adquieren conciencia de enfermedad alcanzando el afrontamiento adecuado.

A través de la educación sanitaria y teniendo en cuenta las necesidades individuales, la persona se adapta a una rutina de actividades de autocuidado estableciendo la independencia personal para llevar a cabo hábitos higiénicos adecuados.