

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A UNA PERSONA
CON RIESGO POTENCIAL DE SUICIDIO. UNA APLICACIÓN DEL MODELO
DE HENDERSON.

ESTUDIO CLINICO QUE PARA OBTENER
EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:
RAQUEL SAED MICHÁN

DIRECTORA DE CASO: Lic. Teresa Sánchez Estrella

Teresa Sánchez Estrella



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

México, D. F., abril de 2002 Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Coordinadora de
Servicio Social



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Con mi agradecimiento a mis asesores y amigos de siempre que me han demostrado su apoyo y excelente preparación así como disposición en todo momento en que necesité de su ayuda.

Lic. Virginia Martínez Siller
Lic. María de los Angeles López Rosales
Lic. Mónica Cecilia Rodríguez Martínez

Así como a la paciencia y tiempo dedicado a este trabajo, un reconocimiento especial a una persona que ha estado conmigo desde mis inicios y quiero entrañablemente, a mi

Asesor cliente

Dra. Laura A. Castañeda de Añor

A mi Madre, que aunque nunca se lo he demostrado, es la persona más importante y querida para mí.
A mis hermanos, cuidados y asistidos con amor y calidad con especial cariño a mi hijo.
A mis amigas Rocío, Marisol, María, Echa, Concha, y Eugenia que son las mejores y se me han apoyado que desde siempre.

Al personal de Emergentes a quienes he ido al tanto de su trabajo.
A la gente que hay por ahí desde mi escuela y que me ayudan a todo nivel que hacen mi proceso.
A Rosa Sánchez, a quien he tenido la suerte de conocer y apoyar en mi etapa de crecimiento.
A mi familia siempre presente desde siempre con
A Dios por permitirme ser quien soy.

El mundo está lleno de oportunidades, algunas veces, estas nos las quitamos, otras veces, nos las damos a nosotros mismos. El amor, el trabajo, las cosas, las personas, los momentos, los lugares, las oportunidades, todo eso que es alrededor, nos ayudan, tenemos que estar siempre abiertos en todo momento para poder aprovecharlos.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
JUSTIFICACIÓN.....	5
OBJETIVOS.....	6
1. MARCO TEORICO.....	7
1.1 Antecedentes.....	7
1.2 Referentes Estadísticos.....	8
1.3 Mitos y Falacias del Suicidio.....	11
1.4 Modelo Conceptual de Virginia Henderson.....	13
1.5 Proceso de Enfermería.....	16
1.6 La Teoría Psicoanalítica de la violencia contra el YO.....	21
1.7 Teorías sociológicas de las causas de Suicidio.....	23
1.7.1 La Teoría del Riesgo a Suicidio.....	23
1.7.2 Factores que contribuyen al elevado riesgo de suicidio..	24
1.8 La Prevención del Suicidio.....	25
1.9 Tratamiento del Intento de Suicidio.....	25
10 Significado del Suicidio para la Enfermera en Salud Mental.....	25
10.1 Valoración de Enfermería.....	26
10.2 Valoración específica de Enfermería:Riesgo Suicida.....	27
10.3 Diagnóstico y Planificación de Enfermería: Suicidio.....	28
10.4 Evaluación de Enfermería: Suicidio.....	28
10.5 Valoración de Enfermería sobre Ideación Suicida.....	29

2. METODOLOGÍA PARA EL ESTUDIO DE CASO.....	30
2.1 Presentación del caso.....	31
2.2 Recopilación de Datos para el Perfil de Necesidades de una Persona Adulta.....	33
2.3 Jerarquización de las Necesidades Básicas.....	47
2.4 Plan de intervenciones.....	49
3. CONCLUSIONES.....	60
4. SUGERENCIAS.....	61
5. GLOSARIO.....	62
6. BIBLIOGRAFÍA.....	63

INTRODUCCIÓN

El suicidio es tal vez la aflicción social más difícil de comprender, pero a la vez, la más necesitada de discusión. No solamente falta una conciencia adecuada respecto a la gravedad del problema, sino que también hemos, como sociedad, permitido la interferencia de cuestiones filosóficas y emocionales en el desarrollo de programas y prácticas de prevención. El intento de suicidio es un problema de salud que afecta no solamente al paciente sino que también a su entorno.

El presente trabajo tiene por objeto mostrar el proceso de atención de Enfermería adecuado a un paciente masculino en la 4ª década de la vida con un tercer intento de suicidio aplicando el modelo de Virginia Henderson. Se elige esta estrategia debido a que se logran abarcar diferentes aspectos de manejo, permitiendo realizar una evaluación continua de resultados y replantear objetivos en caso necesario.

En el marco teórico se incluye una amplia explicación de lo que es el padecimiento y la asociación que existe entre categorías sociales como el alcoholismo y la depresión así como con categorías psicosociales como la autoestima, autorrealización y algunas prácticas sociopáticas como delitos menores, drogadicción etcétera; catalogadas como las principales causas que pueden anteceder al suicidio.

El modelo de Virginia Henderson fue elegido para construir el plan de cuidados por ser un sistema basado en las necesidades del ser humano, relacionadas con todas sus áreas y sobre todo porque es el modelo que se ajusta a las características que presentaba el paciente y su entorno para brindar una atención integral.

La finalidad de un proceso de Enfermería en un caso de riesgo potencial de suicidio es identificar mediante la valoración y la construcción de diagnósticos concretar una serie de intervenciones definidas desde la óptica de la teoría de las catorce necesidades de Virginia Henderson. Se recurre también a la teoría de la salud mental para prodigar y evaluar el impacto del cuidado de Enfermería dirigidos a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento y la readaptación, haciendo referencia en todo momento "a un cuerpo de conocimientos" que justifique cada acción que realiza el profesional de Enfermería.

En apoyo a la revolución científica de Enfermería los que nos dedicamos a esta profesión, comprendemos cada día más las teorías y los métodos de Enfermería, e intentamos su aplicación en nuestro trabajo diario (PAE), con lo cual desarrollamos un lenguaje propio expresado en enunciados como los Diagnósticos de Enfermería. Al relacionar el marco teórico con la historia y evolución del paciente se puede comprobar que existen muchas coincidencias entre éste y lo que indica la literatura al respecto.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO CASO

Uno de los retos más grandes dentro de la actividad de la Enfermera es el enfrentarse con el paciente psiquiátrico, cuyo manejo ya de por sí es difícil debido al tabú que existe acerca de dichos padecimientos. En general como seres humanos tenemos miedo de perder el control de nuestros actos, de adquirir una enfermedad que nos aleje de la realidad

Dentro de los padecimientos psiquiátricos considero que el paciente con intento suicida requiere un especial manejo en lo que se refiere a la relación Enfermera paciente

Estamos acostumbrados al manejo del paciente que lucha por mantener su vida y recuperar su salud y paradójicamente frente a un suicida sucede lo contrario, pues por alguna razón éste paciente ha perdido la voluntad de vivir y el equipo de salud debe encontrar la manera correcta de devolverle el interés por mantener la vida

Pensando en este paciente, se eligió el modelo de Virginia Henderson debido a que éste cubre en buena medida muchos de los aspectos que hemos de manejar en este tipo de pacientes, como son las necesidades básicas y la comunicación, mantener la integridad física y mental, conservar la autoestima, etc., que dicha autora le da el énfasis especial que se requiere en este tipo de padecimiento

En mi experiencia laboral he tenido oportunidad de brindar los primeros cuidados al paciente con intento de suicidio y me llama la atención que existe un patrón de conducta, por ejemplo, la mayoría de los pacientes estaban cursando la cuarta década de la vida, utilizaban sobredosis de medicamentos como medio para lograr su objetivo, eran solteros, estudiantes o amas de casa y atendíamos más mujeres que hombres, debido a que las primeras no lograban su objetivo (el matarse) y los segundos, si lo lograban puesto que utilizaban medios más violentos

Escogí este caso debido a que logre entablar una relación Enfermera paciente satisfactoria y que se trataba de un hombre joven con trasfondo antisocial, que en lo personal me pareció rescatable, debido que a era una persona muy inteligente

OBJETIVOS GENERALES

- Proporcionar cuidado integral de Enfermería sistematizando la atención con base a las necesidades detectadas en el paciente
- Brindar Cuidado de Enfermería de alta calidad con sustentación científica a través de un proceso de atención basado en la filosofía de las necesidades básicas

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Registrar las catorce necesidades básicas del paciente con riesgo de suicidio, a través del instrumento de "M. Phaneuf"
2. Definir cuales fueron las necesidades dependientes e independientes que resultaron al realizar la valoración de enfermería
3. Identificar las necesidades básicas que son dependientes y enumerar por orden de prioridades.
4. Describir las fuentes de dificultad, su duración y grado de las necesidades dependientes del paciente con riesgo a suicidio
5. Diseñar y desarrollar con oportunidad un plan de intervenciones de enfermería al paciente con riesgo de suicidio a partir de la formulación y el análisis de los diagnósticos de enfermería utilizando el formato PES

MARCO TEORICO

CONCEPTO

La palabra suicidio procede del latín y se compone de dos términos *su* de si mismo y *caedere* matar. Es decir matarse a si mismo.

EL ANTECEDENTES

En las culturas primitivas el cuerpo humano y su buen funcionamiento se encuentran ligados a rasgos y caracteres ambientales. Al igual que las sociedades y los individuos, las enfermedades y padecimientos están en constante dinámica. Antes del periodo industrial y a principios de éste, las enfermedades que mas acosaban a la población eran básicamente infecciosas, pero ahora, la infección ha dado paso a otro tipo de enfermedades las cuales reflejan la abrumadora existencia de un mundo en el que el individuo dejó de ser esencial y valioso como tal a un mundo donde el estereotipo de un cuerpo físico y sano es primordial, ya que se convierte en una mercancía capaz de producir, competir y rivalizar.

En este mundo el individuo se encuentra sumido en un estrés constante y en un estado anímico desquebrajado por una agonía simbólica y continua pues se le enseña a luchar por metas inalcanzables.

"Algunas de las enfermedades que encuadran en esta "supervivencia urbana" son los infartos, la úlcera, el cáncer digestivo, la drogadicción, el alcoholismo, los accidentes laborales y las enfermedades mentales como la depresión que muchas veces lleva al suicidio"¹

"Existen varios enigmas en la vida humana, el suicidio es uno de ellos, la persona que se suicida conoce poco sus propios motivos para la destrucción. El término suicidio, definido por Schneiderman en 1973 como el acto humano de autolesionarse con intención de quitarse la vida abarca multitud de estados motivacionales conscientes e inconscientes."

El suicidio es el daño mas violento que las personas pueden causarse a si mismos.

"Todos los casos de autodestrucción implican la presión de una angustia sentida como insostenible"

"El suicidio es la posibilidad de huir de algo y no la posibilidad de ir al encuentro de algo"²

1. De Gomezpl M.E. Suicidio y Salud en la Sociedad Mexicana. UNAM 1974. México.

2. De La Fuente R. La Psicología normal y su terapéutica en el Fondo de cultura económica 1977 p. 275.

El suicidio no es ni un signo de locura ni una marca de genialidad, la elevada frecuencia de suicidios no es debida a que se viva en la era de la cibernética o a las tensiones de la civilización. La frecuencia actual es esencialmente la misma que en 1900

"El suicidio es un problema que solo atañe al ser humano, la mayor parte de los animales pueden matar, pero solamente el ser humano puede decidir matarse a si mismo. No es cierto que los individuos que amenazan con suicidarse no lo hagan nunca. La mayoría de los que intentan suicidarse, de hecho advierten a alguien, a menudo a sus médicos, antes de hacerlo"

Antiguamente el suicidio era considerado como una falta grave un crimen contra el estado y algo que atentaba la represalia y la venganza de la sociedad. La ley común en Inglaterra expropiaba los bienes del suicida en el nombre de la corona. Se decía que no podía suicidarse "so pena de ser considerado como criminal si fallaba y un loco si tenía éxito". Otros castigos por intentar o lograr el suicidio eran la proserpeion social, la excomunion y era negado el sacramento de los santos óleos, lo mismo que el sepelio en campo santo

En la psicodinámica del suicidio, las pérdidas graves o amenazas de pérdida tienen una prioridad elevada. Las pérdidas incluyen pérdida de la salud, de los seres amados, del dinero, del poder alcanzado, de trabajo, de orgullo, de belleza, de honor, de categoría de éxito, de independencia, de amigos y el síndrome del "nido vacío" (cuando los hijos ya crecidos se han alejado a vivir sus vidas). El suicidio es comprensible fácilmente en los prisioneros que se enfrentan a su ejecución o en los espías antepandose a su captura o a la tortura

La mayoría de las autoridades estan de acuerdo en que raramente existe una causa precipitante única del suicidio y que más bien son varias las operantes en forma aditiva. Algunos toman un enfoque neurofisiológico y se cree que la decision final para suicidarse puede depender de un debilitamiento de las funciones cerebrocorticales elevadas que junto con el alcohol, barbitúricos, benzodiazepinas llevan a una depresion de las funciones mentales superiores, con el insomnio, los barbitúricos y el alcohol a menudo desempeñando una parte contribuyente

1.2 Referentes estadísticos

El suicidio queda incluido entre las 10 principales causas de muerte en los países desarrollados para individuos de todas las edades y es la 3ª causa de muerte entre los individuos entre los 15 y los 34 años de edad. Es evidente que el suicidio es un serio problema de salud pública

La tasa de muerte por suicidio de ha triplicado en las últimas décadas sobre todo en los adolescentes y adultos jóvenes¹

1. PHO 1978. *Yearbook of Statistics*. Editorial: Martin, Modern, 2ª edición, 1978. México, pp. 201-210.

4. De la Fuente R. La Psicología Mental y su perspectiva. *Revista de Cultura*, Española, 1977, 1: 157.

En México el suicidio es la novena causa de muerte para la población, la tercera entre adolescentes y la segunda causa entre estudiantes. El impacto de estas estadísticas se hace aun más grande cuando se reconoce que para cada suicidio con éxito hay de 10 a 20 intentos sin éxito.

Los más altos índices de suicidio están en Hungría, Finlandia, Checoslovaquia, Austria, Suiza, Dinamarca y Suecia. Los países con más bajos índices de suicidio son México, Grecia, Irlanda, España e Italia. Los factores que contribuyen a los bajos índices de suicidio en éstos países se piensa que son la fuerte influencia de la religión judeo cristiana la unidad y el apoyo del sistema familiar externo.

Obsérvese que los índices más altos se dan en los países nórdicos donde hay menos luz solar y los índices más bajos en los países cercanos al Ecuador donde las personas disfrutan del sol todo el año. Estos índices mundiales apoyan la evidencia de la influencia de la luz solar en los trastornos afectivos emocionales.

Más de 1'400,000 personas cometieron suicidio en 1990, lo que constituye el 1.6% de mortalidad en el mundo por año. La cantidad de personas que intentaron suicidarse puede ser 10 a 20 veces mayor.

Debido a que el suicidio es un evento altamente estigmatizado y los sobrevivientes tienen serios problemas por su situación ilegal, las estadísticas mundiales no son realmente confiables.

El aumento de la tasa de suicidio coincide con la disponibilidad de armas y con el aumento en la tasa de depresión y abuso de substancias.

Aunque en Hong Kong no experimentaron altas tasas de suicidio en los años '80s, los últimos años se ha producido un dramático aumento entre la población estudiantil. En los primeros meses de 1993 el Diario Post Morning del Sur de China reportó 55 intentos de suicidio y 15 consumados. El método de elección era saltar de edificios altos para tener así una mayor probabilidad de éxito.

La guerra y el producto de la disgregación social pueden tener diferentes tasas de suicidio. La segunda guerra mundial bajo las tasas en Inglaterra y las subió en Japon. Sri Lanka ha adquirido recientemente la tasa más grande de suicidio en todo el mundo. 47 por 100,000 en 1991 entre 14 y 30 años, esto frecuentemente relacionado con frustradas oportunidades de estudios, limitadas opciones de carreras y crecimiento de la población así como una gran migración interna lo cual destruye familias expuestas al stress y apoyos limitados.

Un estudio de campo de K. I. Silva y W. I. Pushpakumara investigaron todas las muertes en un periodo de 5 años en 27 establecimientos unidos del programa de desarrollo en Sri Lanka en un programa de reclutamiento. El suicidio fue la causa más frecuente de muerte (68.5%) las razones más frecuentes fueron infidelidad, romances rotos y pobreza.

Hay una gran diferencia entre los reportes de los hospitales de intento de suicidio y los reportes oficiales, tal es el caso de un estudio realizado en el Instituto Mexicano de

5 Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México.

6 Weisman, Ariad, M. C. (Ed). *Suicide: History, Myths, & Statistics*. NY: Aldine De Gruyter Inc. 1972.

Psiquiatría en donde se detectaron 250 casos de lesiones por intento de suicidio que llegaron al Departamento de Urgencias del Departamento del Distrito Federal. Los registros oficiales de los intentos de suicidio de ese mismo año no reportaron ningún caso⁷.

De acuerdo con la OMS, México tiene tasas muy bajas de suicidio y muy altas de homicidio. El lugar en que con más frecuencia se comete el suicidio o intento de suicidio es en la casa habitación.

El estudio de los factores de riesgo en la conducta suicida es muy importante para poder prevenirlo. La OMS estima que 8 de cada 10 personas que consuman el suicidio lo han intentado previamente sin éxito. El riesgo puede evaluarse de acuerdo con las características sociodemográficas, la severidad de la lesión, el apoyo que pueda obtener y su apego a la vida. El individuo que haya intentado suicidarse previamente se considera de alto riesgo así como un historial psiquiátrico o problemas graves de salud o de tipo social⁸.

Los estudios realizados por De Gómezal muestran un mayor índice de suicidios en el sector marginal de la sociedad, especialmente en migrantes.⁹ Al abandonar su lugar de origen y enfrentarse a una vida de normas diferentes a su ideología y cultura, a los migrantes les sobreviene un desequilibrio provocado por la necesidad de subsistir en su "nuevo ambiente", presentándose un cambio muchas veces radical en su concepción de la vida y la muerte. El suicidio refleja las múltiples contradicciones sociales, pues al igual que la drogadicción y el alcoholismo, entre otras, es una adicción contemporánea que denota un desequilibrio socio cultural¹⁰.

7 Instituto Mexicano de Psiquiatría. Información Clínica Volumen 2 Octubre de 1978.

8 De Gómezal M.E. Suicidio y Suicidas en la Sociedad Mexicana. México UNAM 1974 pp. 5-27.

9 CIE VASANT S. El estudio de la Salud Mental en relación con los Procesos Migratorios. Trabajo de un maestría. Salud Mental.

10 SISTEMA DE INVESTIGACIÓN Programa de Divulgación General de Información y Estadística Dirección de Sistemas de Computo. Defunciones Generales por Estados Unidos Mexicanos. Unidad Ejecutiva de la Investigación Habitual de Estadística y Censos según sexo y edad (Lista Básica) Año 1969. Boletín No. 17 de Agosto de 1969.

1.4 MITOS Y FALACIAS DEL SUICIDIO:

Siendo el suicidio un tema tabú en nuestra sociedad parece existir una tendencia a ocultar el hecho y a asumir que es un fenómeno poco frecuente. Si bien es cierto que en términos de proporciones no posee las mismas magnitudes que otras problemáticas (consumo de SPA, infección por VIH, maltrato infantil, abuso y acoso sexual), no por esto podríamos decir que es una conducta que no se presenta entre algunos miembros de la población. Por otra parte, las relaciones emocionales de las personas ante el conocimiento de un suicidio suelen pasar desde la estupefacción y sorpresa macabra hasta la consumación de otro suicidio. Así mismo también se tiende a buscar culpables para poder dar una explicación lógica y aceptable a la muerte de alguien. En este mismo sentido, también existen falsas creencias que podrían reconfirmar la actitud de negación y censura hacia el suicidio. Los siguientes son algunos de los mitos existentes alrededor del suicidio y tal y como la evidencia lo señala son más el desconocimiento y falsas creencias las que prevalecen alrededor del tema.

- 1 **Mito** Los que hablan de suicidio no lo llevan a cabo.
Hechos: De cada 10 personas que se suicidan, 8 habían advertido de forma clara sus intenciones suicidas.
- 2 **Mito** El suicidio se produce sin previo aviso.
Hechos: Los estudios realizados muestran que las personas suicidas proporcionan muchos indicios y advertencias sobre sus intenciones suicidas.
- 3 **Mito** Las personas suicidas están decididas a morir.
Hechos: La mayoría de las personas suicidas están indecisas entre vivir o morir, lo que hacen es apostar por la muerte dejando que sean los otros los que le salven. Casi nadie se suicida sin que los otros sepan como se sienten.
- 4 **Mito** Una vez que una persona está en estado suicida ya lo estará siempre.
Hechos: Las personas que desean quitarse la vida están en estado suicida solo por un tiempo.
- 5 **Mito** La mejoría después de la crisis suicida viene a significar que el riesgo de suicidio se ha superado.
Hechos: Son muchos los suicidios cometidos al cabo de 3 meses de iniciada la mejoría, cuando la persona tiene la suficiente energía como para poner sus ideas y sentimientos mórbidos en práctica.
- 6 **Mito** El suicidio es mucho más frecuente entre los ricos o, a la inversa se presenta casi exclusivamente entre los pobres.
Hechos: El suicidio no es una enfermedad de ricos ni la malherida de los pobres. El suicidio está representado proporcionalmente en todos los niveles de la sociedad.
- 7 **Mito** Todas las personas suicidas son enfermas mentales y el suicidio es casi siempre la actuación de una persona psicótica.
Hechos: Los estudios realizados sobre cientos de notas de verdaderos suicidios indican que, aunque la persona suicida es extremadamente infeliz y se haya alterada, no es necesariamente un enfermo mental. De hecho hay evidencias de pensamiento racional y de estar en contacto con la realidad.
- 8 **Mito** Ser miembro de un grupo religioso en particular es un buen predictor de que la persona no considere el suicidio.
- 9 **Hechos:** Es un error creer que la fuerte prohibición que existe dentro de la religión católica, es un freno eficaz para evitar la actuación suicida de una persona. Además, que

una persona se identifique con una religión en particular no es una representación de sus creencias particulares

9. **Mito** El motivo del suicidio se puede establecer fácilmente

Hechos La verdad es que es muy difícil entender porqué una persona decide suicidarse. Por ejemplo, un revés en la situación económica precedido de la actuación suicida, no es una causa que explique fácilmente el suicidio

10. **Mito** Todos los que comenten suicidio están deprimidos

Hechos Esta falacia radica en el hecho de que muchos de los signos de las actuaciones suicidas frustradas son ignorados porque la persona no actúa como si estuviera deprimida. Muchas de las personas que se suicidan no están deprimidas. De hecho algunas personas que se suicidan se muestran calmadas y en paz consigo mismas

11. **Mito** Una persona con una enfermedad física terminal no contempla la posibilidad del suicidio

Hechos Temendo en cuenta las condiciones de padecimiento tanto físico como moral, propios de los seres amados el suicidio es una posibilidad que frecuentemente pueden contemplar, en miras de darle fin lo antes posible al sufrimiento, aun cuando la muerte se persiga como un hecho inminente

12. **Mito** El suicidio es influido por las estaciones del año, la latitud y las condiciones climatológicas en general o los días de la semana

Hechos No hay datos suficientes para sostener estas creencias

13. **Mito** El suicidio está influido por factores cósmicos como las fases de la luna

Hechos No hay evidencias que confirmen lo anterior

14. **Mito** El suicidio es un evento aislado

Hechos Aun cuando existe un debate muy amplio en este sentido se hace clara la conexión con factor desencadenante sin que éste factor pueda llamarse como tal la causa del suicidio

15. **Mito** Pensar en el suicidio es algo más bien raro

Hechos Estimaciones hechas sobre estudios efectuados con muestras no clínicas sugieren que la idea del suicidio está presente desde un 40% hasta un 80% de la población. Esto significa que han pensado por lo menos una vez en la vida en la idea del suicidio

16. **Mito** Preguntarle a una persona sobre sus ideas de suicidio, especialmente si está deprimida puede llevar a que la persona realice un intento que no se hubiese dado de no habersele preguntado

17. **Hechos** Uno de los principales aprendizajes de la labor clínica es indagar en lo profundo sobre la ideación y su estructura. Además, el hacer la pregunta es conceder tácitamente un permiso a la persona para que hable sobre algo que puede considerar como un secreto inconfesable. De hecho algunas personas se sienten más aliviadas al poder exponer sus ideas sobre el suicidio

17. **Mito** Las personas que realizan intentos con medios de baja letalidad no están considerando seriamente la idea de matarse

Hechos Aquí se confunde la letalidad con el intento. Algunas personas no están bien informadas sobre la letalidad del método que van a emplear, como puede ser la utilización de píldoras. El método empleado no necesariamente está en consonancia con la intención subyacente³

MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON " CATORCE NECESIDADES BASICAS"

Conceptos clave

- El individuo sano o enfermo es considerado como un todo completo que presenta catorce necesidades fundamentales

La finalidad de los cuidados consiste en conservar o restablecer la independencia del cliente en la satisfacción de sus necesidades

El rol de la enfermera consiste en ayudar al cliente a recuperar o mantener su independencia, supliéndole en aquello que el no puede realizar por si mismo para responder a sus necesidades por lo tanto su rol es de suplencia

Postulados

- Todo ser humano tiende hacia la independencia y la desea
- El individuo forma un todo que se caracteriza por sus necesidades fundamentales
- Cuando una necesidad permanece insatisfecha el individuo no está completo, entero, independiente.

Valores

- La enfermera tiene funciones que le son propias.
- Cuando la enfermera usurpa la función del médico, cede a su vez sus funciones propias a un personal no calificado
- La sociedad espera de la enfermera un servicio especial que ningún otro trabajador le puede prestar

Necesidades

- Una necesidad fundamental es vital esencial.
- 14 necesidades fundamentales.
 1. Respirar
 2. Alimentarse e hidratarse
 3. Eliminar
 4. Moverse, conservar una buena postura (y mantener una circulación adecuada)
 5. Dormir y reposar (y conservar un estado de bienestar aceptable)
 6. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales
 7. Vestirse y desnudarse mantener la temperatura corporal en los límites normales
 8. Estar limpio y aseado y proteger los tejamentos
 9. Evitar los peligros (y mantener la integridad física y mental)
 10. Comunicarse con sus semejantes (desarrollarse como ser humano y asumir su sexualidad)
 11. Actuar de acuerdo con sus creencias y valores
 12. Preocuparse de su propia realización (y en conservar su propia estima)
 13. Recrearse
 14. Aprender

Conceptos

- **Independencia:** Satisfacción de una o más necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.
- **Dependencia:** No-satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.
- **Continuum independencia-dependencia:** la noción de satisfacción y un nivel aceptable es muy importante en este punto. Significa que existen grados en la satisfacción de las necesidades vitales de la persona y en la dependencia que una carencia desencadena. Sin embargo, puede darse un cierto grado de insatisfacción, sin que suponga necesariamente la dependencia del sujeto. La dependencia se instala en el momento en que el cliente debe recurrir a otro para que le asista, le enseñe lo que debe hacer, o le supla en lo que no puede hacer por sí mismo.

Independencia

Dependencia

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- Los diversos niveles de continuum independencia-dependencia son 6
1. El cliente es independiente si responde por si mismo a sus necesidades de una manera aceptable que permite la persistencia de una buena homeostasis fisica y psiquica, a la vez que el mantenimiento de un estado satisfactorio de bienestar
 2. Es independiente si utiliza sin ayuda, y de forma adecuada un aparato, dispositivo de apoyo o prótesis y, de este modo, lograr satisfacer sus necesidades
 3. Empieza a ser dependiente, debe recurrir a otra persona para que le enseñe lo que debe hacer y para controlar si lo hace bien, debe ser ayudado, aunque sea poco
 4. Muestra una dependencia más marcada cuando debe recurrir a la asistencia de otra persona para utilizar un aparato, un dispositivo de apoyo o una prótesis
 5. Su dependencia es aún mayor cuando debe contar con otra persona para realizar las acciones necesarias para la satisfaccion de sus necesidades, aunque sea capaz de participar en éstas acciones
 6. Llega a ser completamente dependiente cuando tiene que ponerse totalmente en manos de otra persona, porque es incapaz de realizar por si mismo las acciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades
- Relación entre duracion y el grado de dependencia: la dependencia de una persona debe ser considerada no solo en relación con su intensidad, también debe ser en relación con su duración. Puede tratarse de un caso de dependencia ligera o total, transitoria o permanente
 - Fuentes de dificultad: son cualquier impedimento mayor en la satisfaccion de una o varias necesidades fundamentales. Pueden ser causadas por:
 - a) Factores de orden físico: atentado a la integridad física debido a insuficiencia intrínseca del organismo, insuficiencia extrínseca del organismo, sobrecarga del organismo, desequilibrio del organismo
 - b) Factor de orden psicológico: atentado a la integridad del yo
 - c) Factor de orden sociológico: atentado en la integridad social (relación con el medio y el entorno) con repercusiones espirituales

- a. Falta de conocimiento: insuficiente conocimiento de uno mismo, de los demás y del medio
- Foco de la intervención de Enfermería debe centrarse en la fuente de dificultad, así como en la manifestación de dependencia provocada por ella

PROCESO DE ENFERMERIA

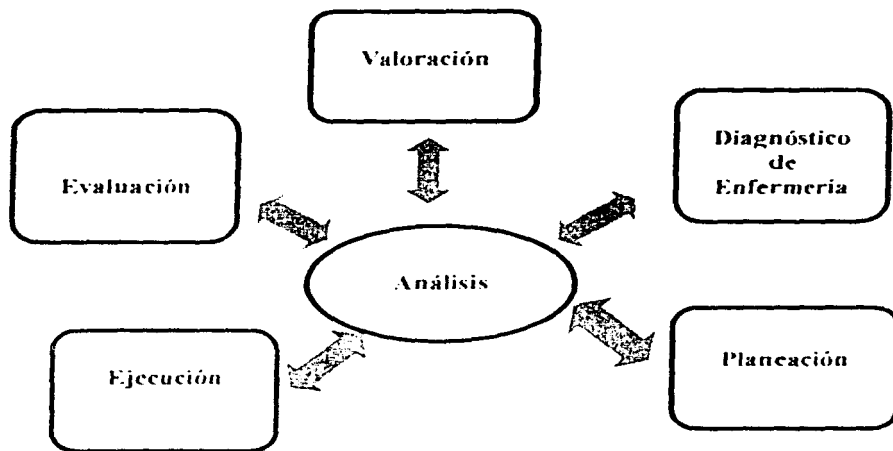
Perspectiva Histórica

El término proceso de enfermería fue introducido por primera vez por Linda Hall en 1955. Durante finales de los años 50 y principios de los 60, Dorothy Jonson (1959), Ida Orlando (1961) y Ernestine Wiedenbach (1963) introdujeron un modelo de proceso de enfermería que constaba de tres pasos. En 1966 Virginia Henderson identifica acciones de enfermería básicas como funciones independientes y afirmó que el proceso de enfermería utiliza los mismos pasos que el método científico. En 1967, Lois Knowles presenta un modelo de proceso que llamó las "cinco D": descubrir, investigar, decidir, hacer y distinguir. En 1967, la Western Interstate Commission of Higher Education (WICHE) y la Catholic University of America estudiaron el proceso de enfermería, como percepción, comunicación, interpretación, actuación y evaluación. El profesorado de la Catholic University of America dividió el proceso de enfermería en cuatro fases: valoración, planificación, actuación y evaluación (Yura y Walsh) 1983.

En 1969, Dolores Little y Doris Carnevali utilizaron un proceso de cuatro fases que combinaba la valoración de la salud y la denominación del problema en el primer paso. En 1973, Kristine Gebbie y Mary Ann Lavin de la St. Louis University School of Nursing, iniciaron las conferencias nacionales sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería (Gebbie, Lavin, 1975). Además, educadores de enfermería y clínicos comenzaron a utilizar el modelo de proceso de cinco pasos de forma habitual. Desde 1973, han tenido lugar las conferencias sobre la clasificación de los diagnósticos de enfermería cada 2 años. También en 1973, la American Nurses Association (ANA) publicó los Standards of Nursing Practice, en los que describe el modelo de proceso de enfermería de cinco pasos. En la publicación de 1980 A Social Policy Statement, se documentaba un mayor compromiso de la ANA con el modelo de los cinco pasos, lo cual convirtió a este modelo en el patrón para la práctica de la enfermería profesional (1991). La revisión de los Standards of Nursing Practice continúa utilizando el modelo de cinco pasos. En 1982, se revisaron los exámenes del tribunal estatal profesional para incluir el proceso de enfermería como uno de los conceptos sobre organización necesarios para la práctica competente de Enfermería. La Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) continúa exigiendo el proceso de enfermería como modelo de documentación de todas las clases de cuidados del paciente (JCAHO, 1994). El proceso de enfermería continúa siendo incorporado a las políticas y prácticas de hospitales acreditados.

Definiciones

Se define como un proceso intelectual compuesto de distintas etapas, ordenadas lógicamente, que tiene como objetivo planificar cuidados orientados al bienestar del cliente. Aplicado al marco conceptual de Virginia Henderson, facilita de forma extraordinaria la identificación de las necesidades del cliente, en el plano bio-psico-social, y cultural y espiritual, y la búsqueda de las fuentes de dificultad que impiden su satisfacción igualmente permite poner en práctica intervenciones capaces de reducir la influencia de las fuentes de dificultad y de satisfacer las necesidades en la medida de lo posible.



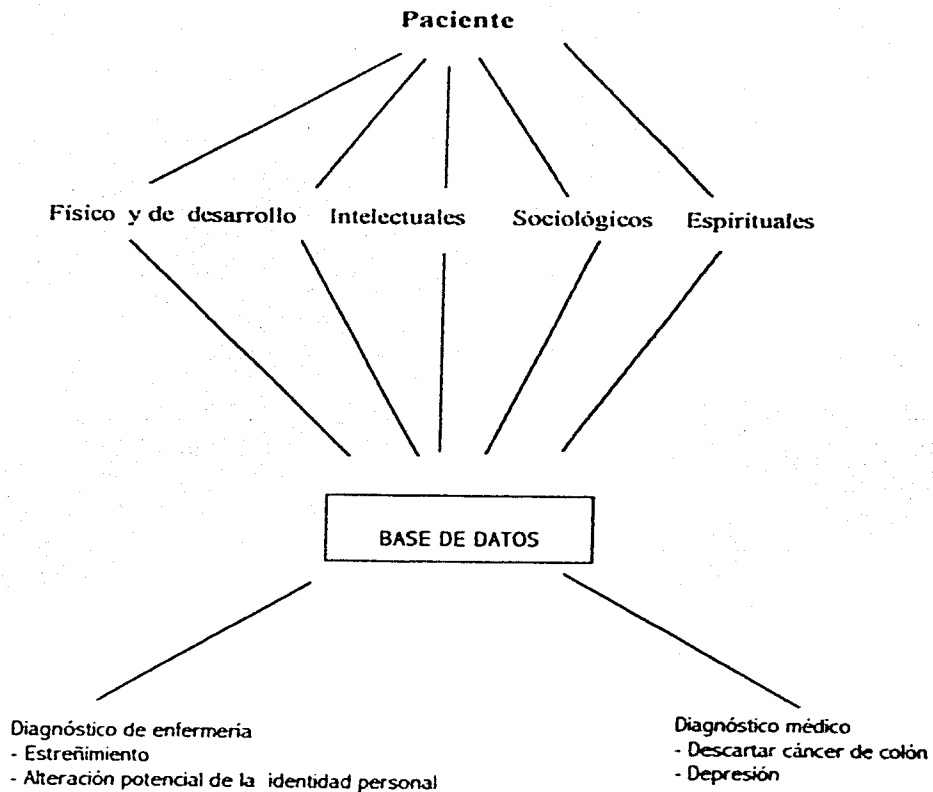
Cinco etapas del proceso de enfermería

Componente	Objetivo	Pasos
Valoración	Obtener, comprobar, datos sobre el paciente	Utilizar las principales fuentes de información <ul style="list-style-type: none"> - Historia de enfermería - Expediente clínico - Entrevista - Exploración física - Laboratorio - Validación de los datos - Clasificación de los datos - Registro de los datos
Diagnóstico de Enfermería	Identificar la respuesta a problemas o necesidades básicas con el fin de guiar los cuidados de enfermería	Identificar los problemas que presenta el paciente <ul style="list-style-type: none"> - Formular el diagnóstico de enfermería - Registrar los diagnósticos de enfermería
Planificación	Identificar los objetivos del paciente, determinar prioridades, diseñar las estrategias de enfermería para alcanzar los objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Seleccionar objetivos - Seleccionar intervenciones de enfermería - Realizar consultas - Delegar actuaciones - Redactar el plan
Ejecución	Llevar a cabo las intervenciones de enfermería necesarias para cumplir con un plan	Realizar las intervenciones de enfermería Valora de nuevo al paciente Revisar y modificar el plan de cuidados existente
Evaluación	Determinar en que grado se han conseguido los resultados esperados	Comparar la respuesta del paciente con los resultados esperados Modificar el plan de cuidados

**COMPARACIÓN DE LOS PASOS DE LOS
MÉTODOS DE SOLUCIÓN DEL PROBLEMA
CIENTÍFICO CON EL PROCESO DE
ENFERMERÍA**

Solución del problema	Método científico	Proceso de enfermería
Detección del problema Obtención de datos	Reconocimiento del problema Obtención de datos	Valoración
Identificación exacta de la naturaleza del problema	Formulación de la hipótesis	Diagnóstico de enfermería
Determinación del plan de acción	Selección del plan para probar la hipótesis	Planificación
Realización del plan	Prueba de la hipótesis	Ejecución
Plan de evaluación De la nueva situación	Evaluación de la hipótesis	Evaluación

Comparación de los diagnósticos médico y de enfermería utilizado la misma base de datos



1.5 LA TEORÍA PSICOANALÍTICA DE LA VIOLENCIA CONTRA EL YO: SUICIDIO. CARACTERÍSTICAS.

Ciertos patrones de conducta pueden indicar intenciones de suicidio. La obtención de un arma tal como una escopeta, cuerda fuerte, o una colección de píldoras es un alto indicador de suicidio inminente. Las personas a menudo empiezan a huir de las interacciones personales y se aíslan. Puede haber un cambio en el desempeño del trabajo o la escuela. Una aumentada tendencia a los accidentes podría indicar una conducta suicida inercial. Algunos pueden manifestar un interés repentino por sus seguros de vida, mientras que otros pueden hacer o cambiar sus testamentos y dar sus posesiones. También pueden presentarse signos de abuso de drogas o alcohol.

Las características conductuales también incluyen elegir un método para el suicidio. La letalidad se mide por 4 factores:

- Grado de esfuerzo que lleva planear el intento
- Especificidad del plan
- Accesibilidad del arma o método
- La facilidad con la que puede uno o no ser rescatado del intento.

Los métodos violentos de suicidio generalmente impiden que otros los rescaten. Mas de la mitad de todas las muertes por suicidio resultan del uso de armas de fuego. Los siguientes métodos más comúnmente usados son el colgarse y envenenarse con líquidos, sólidos y gases tales como el monóxido de carbono. Los métodos elegidos con más frecuencia por los niños y jóvenes son saltar por una ventana o frente a un coche. "La persona agudamente psicótica puede ser rescatada a causa de la impulsividad de la idea y su incapacidad de formular eficazmente el plan"¹²

Características afectivas Las alteraciones del afecto, indicativas de depresión, pueden asociarse a las personas suicidas. Esto incluye sentimientos de desolación, culpa, disminución de la gratificación, pérdida de vínculos emocionales y sentimientos de fracaso y vergüenza. "La vida se ve como intolerable y no se ve esperanza de cambio o mejora"¹³

Las personas tienen un alto grado de ambivalencia antes de tomar la decisión final de cometer suicidio. Este conflicto interno entre el deseo de vivir y el deseo de morir oscila hasta que se ha tomado la decisión final. Si la parte que quiere vivir puede ser adecuadamente apoyada durante esta lucha, el peso puede ir en favor de la vida.¹⁴

Una vez que se ha tomado la decisión de cometer el suicidio, el conflicto y la ansiedad cesan y la persona puede parecer tranquila y sin problemas. Los demás pueden interpretar este cambio en el estado afectivo como una mejora. Lo que parece ser un cambio para mejor, puede de hecho ser una indicación de la decisión de morir. En los enfermos deprimidos en tratamiento el fenómeno es semejante. Hay mejora en síntomas somáticos pero no en el ánimo y si persiste la ideación suicida esos momentos son de alto riesgo.

12. Hawton, 1976; Miquelini, 1981

13. Lewinsohn, 1987

14. Gibbon, 1983

Algunas personas que tienen un estado afectivo suspicaz o paranoide o que son propensas a la violencia con trastorno límite de la personalidad o personalidad antisocial, como un método de afrontar sus sentimientos, pueden combinar el suicidio con el homicidio. Estas personas generalmente matan a alguien que conocen, un pariente o un amigo, y luego cometen suicidio, ellas mataran a un extraño y posteriormente se matan a si mismos

Características Cognitivas La conducta suicida implica el proceso de toma de decisiones en que el suicidio se ve como una posible solución al problema. Si las personas están sintiendo desesperanza son incapaces de pensar o valorar otras posibles soluciones. En realidad, el proceso de toma de decisiones está disminuido, ya que parece haber una sola respuesta morir. Un porcentaje pequeño de personas esperan o creen que un intento de suicidio forzará una solución a sus problemas interpersonales. Para algunos es un grito para que alguien les ayude. En otros casos, la conducta suicida es una forma de manipulación o de agresión.

1.5.1. Características Fisiológicas:

Las personas con enfermedades crónicas tienen más probabilidad de cometer suicidio que las personas con enfermedades agudas o sanas. En mayor riesgo están los pacientes que sufren de enfermedades progresivas tales como enfermedades cardiovasculares, esclerosis múltiple o cáncer. El alcoholismo es un factor que contribuye a que las personas suicidas, en especial a los ancianos que viven solos y tienen pobre o ningún sistema de apoyo. Las víctimas de abuso de drogas que tienen problemas similares a los alcohólicos también están en alto riesgo de suicidio.

1.5.2. Características Socioculturales

A menudo las personas que intentan o cometen suicidio están en periodos de alto stress en sus vidas. Cuando se valoran retrospectivamente acontecimientos vitales significativos, se encuentra finalmente un pico de estos acontecimientos en el mes de la conducta suicida. Cuando las personas no han desarrollado técnicas para afrontar las teorías, el suicidio puede ser el último intento de afrontar el stress y resolver los problemas. Para reducir el índice de suicidio, a los individuos y a sus familias se les debe dar información y técnicas de solución de problemas para controlar adecuadamente las crisis de desarrollo que son parte de sus vidas.

Cuando los medios de comunicación publican los suicidios de adolescentes o cuando hay dramas televisivos sobre el suicidio, el índice de suicidio entre adolescentes aumenta algunas semanas después del suceso. Los suicidios que están inspirados por suicidios de esta forma se llaman "suicidios de copia". Los supervivientes de la familia entran en la categoría de alto riesgo de suicidio. La familia y los amigos también deben tratar con el tema de la muerte."

1.6. TEORIAS SOCIOLOGICAS DE LAS CAUSAS DEL SUICIDIO

El suicidio y la intensidad del sistema de relaciones. Entre más íntimamente se esta relacionado con los demás menor es el deseo de suicidio. La tasa de suicidio es más elevada en las ciudades, que en las zonas rurales. Es más elevada en el centro de las ciudades que en las zonas residenciales y más elevada entre los divorciados y viudos que entre los casados. Es interesante hacer notar que tanto el estado de matrimonio como el estado de guerra se asocian con una tasa baja de suicidios pero elevada en homicidios.

El suicidio y el estado financiero. Una tendencia al descenso en las finanzas se halla asociada con un aumento de los suicidios, en especial en las clases socioeconómicas elevadas en donde las pérdidas son máximas.

La relación con la categoría social. Hay una relación directa entre el suicidio y la categoría social. En el ejército americano, la tasa de suicidio es más elevada entre los oficiales que entre los reclutas y en la sociedad, los negros son menos susceptibles al suicidio que los blancos. Los profesionales son más susceptibles que los jornaleros. Mientras más elevada es la escala social mayor es la susceptibilidad al suicidio.

Influencia de la cultura y la religión. Los países judeo-cristianos generalmente tienen menor frecuencia de suicidios que los no católicos. En Estados Unidos la tasa de suicidios es más elevada entre los protestantes que entre los demás grupos religiosos. Influye en la frecuencia del suicidio la actitud cultural prevalente. En Estados Unidos donde se condena el suicidio la frecuencia del mismo es relativamente baja, en Japón, en donde es elogiado, es elevada. Sin embargo, las cifras de frecuencia no son confiables, debido a métodos inexactos de reporte.

María Luisa de Gomezgil señala que el estudio y la percepción de suicidio han sido abordados a través de la historia desde diferentes enfoques. Menciona que principalmente los médicos y los psiquiatras han estudiado el tema en una forma aislada y en casos privados en clínicas. Los trabajos psicológicos y sociológicos han sido menos frecuentes.

1.6.1. LA TEORIA DEL RIESGO A SUICIDIO.

Teorías Causales: El suicidio puede presentarse cuando las personas se encuentran socialmente alejadas de la sociedad, familia y amigos. La pérdida es otro factor estrechamente relacionado con el suicidio, en relación con la pérdida esta el enojo que puede estar dirigido hacia el yo y contribuye a las ideas y acciones de suicidio. Mas estrechamente correlacionados con el suicidio están:

- Cambio importantes de la vida incongruentes con la propia imagen
- Pérdida de una persona allegada
- Pérdida significativa producida rápidamente y sin aviso
- Varias pérdidas que se producen en sucesión rápidamente

Los motivos de las mujeres tienden a ser *interpersonales*
Los motivos de los hombres tienden a ser *intrapersonales*

SIGNOS DE PELIGRO

"El intento de suicidio es una urgencia médica y en todos los casos deberá ser evaluado por un psiquiatra. La conducta autodestructiva puede presentarse en muchas formas, variando desde los individuos descuidados "propensos a accidentes", los individuos que se automutilan hasta el manifestante en protesta que se acuesta enfrente de un carro, y el alcohólico crónico o fumador inveterado cuya vida puede considerarse como un intento crónico de suicidio

Signos de Peligro

- 1 Depresión
- 2 Síndromes ansiosos
- 3 Intentos anteriores
- 4 Psicosis previa
- 5 Nota suicida
- 6 Método violento
- 7 Enfermedad crónica
- 8 Intervención quirúrgica reciente o parto
- 9 Alcoholismo y drogadicción
- 10 Hipocondriasis
- 11 Edad avanzada
- 12 Homosexualidad
- 13 Aislamiento social
- 14 Desajuste crónico
- 15 Bancarrota

Existen 3 desordenes asociados entre el intento y la consumación del suicidio entre adolescentes: la depresión 85%, el abuso de alcohol y drogas (70%) y los trastornos de conducta. Se pueden encontrar otros diagnósticos, síntomas y rasgos de personalidad tales como, problemas de aprendizaje, esquizofrenia y retraimiento o alienación personal ""

1.6.2. FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL ELEVADO RIESGO DE SUICIDIO:

Adolescencia o edad por encima de los 50 años
Abuso de alcohol o drogas
Divorcio o muerte del conyuge
Aislamiento social
Intentos previos de suicidio
Historia familiar de suicidio
Presencia de enfermedad crónica o terminal
Presencia de enfermedad mental
Crisis múltiples en la vida
Perdidas Múltiples en la vida
Sentimientos de fracaso y desesperanza!"

16. BURMAN, AL. Relaciones entre el diagnóstico psiquiátrico y la conducta suicida en el adolescente. *Harvard Mental Health Letter* 8 (1978): 17-22

17. BURMAN

1.7. PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

Prevención del suicidio El reconocimiento y tratamiento oportuno de la depresión puede ser el medio más efectivo para prevenir el suicidio. Desconfíe del bienestar repentino de un paciente previamente deprimido. Puede estar sintiendo alivio al haber tomado la decisión de morir. Si decide hospitalizar a un paciente suicida no le permita ir a casa solo para alistarse.

No se dude en mencionar el tema del suicidio a un paciente que no lo ha mencionado si está deprimido o si se tiene otra razón para sospechar que pudiese estar pensando en él. Los estudios han demostrado que el sondear al sujeto nunca ha dañado a alguien y ha ayudado a muchos.

1.8. TRATAMIENTO DEL INTENTO DE SUICIDIO

Tratamiento Cuando el paciente es un suicida en potencia el primer curso de acción será la hospitalización. El paciente será alojado teniendo el cuidado de protegerlo contra sus impulsos. Durante la hospitalización uno o todos los siguientes tratamientos pueden instituirse:

1. Terapia Electroconvulsiva
2. Medicamentos antidepresivos
3. Intervención en crisis
4. Manejo de la pareja y/o familia
5. Psicoterapia

Se debe hospitalizar el tiempo necesario. La confianza del médico puede constituir una medida de tratamiento extremadamente valiosa. En cualquier caso un paciente que verdaderamente desea suicidarse a menudo puede lograrlo aun en los mejores hospitales psiquiátricos. Adolph Meyer dijo "un hospital psiquiátrico en el cual no ocurra un suicidio no puede ser un buen hospital". Tal hospital sería excesivamente restrictivo.

En psicoterapia, el desarrollo de una transferencia positiva puede ser vital. Véase al paciente a menudo, aun más de una vez diaria si es necesario durante los periodos cruciales. Permitíasele tener acceso a usted por medio del teléfono a todas horas del día. Si usted tiene que salir de la ciudad hágale saber a donde estará y como puede localizarse. Ayúdele a recuperar sus recursos, por agotado que pueda estar. Consígase más personal que lo ayuden a ayudarlo."

1.9. SIGNIFICADO DEL SUICIDIO PARA LA ENFERMERA EN SALUD MENTAL

El suicidio es un problema mundial, nacional, local y familiar que impacta muy distintos ámbitos. Como tal es de preocupación fundamental para la profesión de Enfermería. Las Enfermeras deben estar activamente implicadas en prevenir los suicidios educando a la población en general sobre los factores de riesgo, signos suicidas y actuaciones. Las Enfermeras también tienen que prepararse para hacer valoraciones de suicidio en personas que están en los hospitales o en la comunidad. Cuando el riesgo de suicidio se identifica las Enfermeras tienen que actuar rápida y eficazmente.

Cada Enfermera tiene la responsabilidad de ser competente en la actuación sobre el suicidio en la misma forma en que se espera que cada Enfermera sea competente en resucitación cardiopulmonar. Si el suicidio ha tenido éxito, las Enfermeras tienen que ayudar a apoyar a la familia y amigos de la víctima

El suicidio puede precipitarse por muchos factores y tiene una gran variedad de significados para las víctimas además de los supervivientes. A pesar de esta variedad, las víctimas potenciales de suicidio tienen una serie de características en común que pueden alertar a la Enfermera

1.10 VALORACION DE ENFERMERIA

VALORACION SUICIDIO

Algunas Enfermeras tienen miedo de hacer una valoración del suicidio en personas que están en riesgo. Para esto pueden haber muchos factores que contribuyan al miedo a dar a la persona la idea del suicidio, el miedo a ser incorrecto, el miedo a la reacción de la persona, o la duda de comentar sus propios miedos. La Enfermera sin embargo no puede dar a nadie la idea de suicidio. La mayoría de los jóvenes, sin ser activamente suicidas, han tenido ideas de suicidio en momentos del stress. Así que, aunque el tema es tabú bajo muchas condiciones sociales, la mayoría de las personas han pensado y se han formado opiniones sobre el suicidio

Es de ayuda recordar que las personas suicidas tienen miedo. Temen que a nadie le importe. Temen introducir el tema porque temen a ser juzgados o considerados locos. Cuando se enfrentan a sus propios temores acerca de comentar el suicidio, la Enfermera tendrá que recordar que ninguna actuación suya será eficaz a menos que se valore la amenaza del suicidio. Si la persona no es suicida, no se hace ningún daño por hacer preguntas, si la persona es suicida y el tema no se comenta, la persona es abandonada en una situación peligrosa. Como casi todas las personas suicidas son ambivalentes sobre la decisión, la introducción del tema a menudo proporciona algún alivio además de la oportunidad de reforzar el deseo de vivir explorando lo que sigue siendo significativo en la vida

La ambivalencia también puede producirse en la Enfermera rescatadora. El conflicto para la Enfermera se centra en el tema de los derechos de las personas a elegir su propio momento y método de morir. Muchas Enfermeras han pensado en las condiciones bajo las cuales les gustara elegir no vivir, tales como el desarrollo de una enfermedad crónica o terminal en particular. Habiendo considerado el suicidio como una opción, estas Enfermeras pueden preguntarse si tiene el derecho de impedir que otra persona se suicide. Otras Enfermeras pueden no experimentar este conflicto a causa de sus ideas de que deben impedirse todos los suicidios.

La Enfermera y la familia no deberían esperar que una valoración correcta prevenga todos los suicidios. Esta expectativa contribuiría a una culpa no realista cuando el individuo comete suicidio con éxito. No todas las víctimas manifiestan signos antes de su muerte, de hecho, solo el 20% de las personas suicidas pueden ser correctamente identificadas antes de que se maten. En al menos la mitad de las muertes por suicidio, no había historia de ideas o conducta suicida. Esta información no se presenta para minimizar la importancia de la

valoración del suicidio, mas bien se presenta para establecer expectativas profesionales realistas. Si la persona está intentando suicidarse, es difícil actuar eficazmente. Sin embargo, si una persona aun está ambivalente la actuación puede salvar su vida. Por lo tanto, siempre es vital para los que están en riesgo, se haga una valoración de suicidio. Los tipos de preguntas a hacer durante una valoración específica de Enfermería vienen a continuación. Para aumentar la comodidad del individuo es importante que se de intimidad durante la valoración.

1.1 VALORACIÓN ESPECÍFICA DE ENFERMERÍA DEL RIESGO SUICIDA

• Valoración Conductual

- 1 ¿Está pensando en el suicidio?
- 2 ¿Por que metodo se suicidaria?
- 3 ¿Tiene los medios a mano?
- 4 ¿Ha hecho una sesión practica del suicidio?
- 5 ¿Cuándo planea suicidarse?
- 6 ¿Ha intentado matarse antes?
- 7 ¿Cómo le han ido las cosas en el trabajo/escuela?
- 8 ¿Está aun interesado en visitar a sus amigos?
- 9 ¿Cuánto ha estado bebiendo últimamente?
- 10 ¿Con que frecuencia utiliza las drogas de abuso?
- 11 ¿Ha hecho o cambiado su testamento recientemente?
- 12 ¿Ha comprobado sus seguros de vida?
- 13 ¿Que tipo de posesiones personales ha donado?
- 14 ¿Ha planeado su funeral?

• Valoración afectiva

- 1 ¿Cómo describiria su humor en general?
- 2 ¿Qué tipo de cosas le hacen sentirse culpable?
- 3 ¿En que áreas de la vida se considera un fracasado?
- 4 ¿Qué le parece el futuro?
- 5 ¿Hasta qué punto se siente desesperado o fuera de control de su vida?
- 6 ¿Que parte de usted desea morir?
- 7 ¿Que parte de usted desea vivir?

• Valoración Cognoscitiva

- 1 ¿Que le aportaria el suicidio?
- 2 ¿Que les aportaria el suicidio a los demás?
- 3 ¿Que es lo que tendria que cambiar para que usted decidiera vivir?
- 4 ¿Cuales son sus ideas sobre la muerte?
- 5 ¿Hay una forma para usted de continuar la vida después de la muerte?
- 6 ¿Espera encontrar a sus personas queridas después de morir?
- 7 ¿Oye voces que los demás dicen que no oyen?
- 8 ¿Que le dicen las voces?
- 9 ¿Es el suicidio una forma de que usted escape del control o persecución de los demás?

- Valoración fisiológica

1. ¿Está usted físicamente enfermo?
2. Describa las expectativas sobre su enfermedad
3. ¿Cuándo vio a un médico por última vez?
4. ¿Qué medicamentos prescritos por su cuenta está tomando?
5. ¿Cómo ha cambiado su apetito?
6. Describa todas las dificultades que tiene para dormir

- Valoración sociocultural

1. ¿Que tipo de pérdidas ha tenido en el curso del último año?
2. ¿Relaciones? ¿Separaciones? ¿Divorcios? ¿Muertes? ¿Trabajos? ¿Roles? ¿Autoestima?
3. ¿Qué tipo de estrés ha tenido durante los últimos 6 meses?
4. ¿Qué personas son capaces de proporcionarle apoyo?
5. ¿Han cometido suicidio algunos de sus amigos o miembros de su familia? ¿Fecha de aniversario?
6. ¿Ideas y sentimientos sobre estos suicidios?
7. ¿Quién se beneficiaría con su suicidio?
8. ¿Cómo?

1.12 DIAGNOSTICO Y PLANIFICACION DE ENFERMERIA: SUICIDIO

La valoración del suicidio proporciona los datos a partir de los cuales la Enfermera desarrolla el plan de cuidados. Al planificar, la Enfermera tiene que usar las siguientes preguntas para guiar el proceso:

1. ¿Es el individuo activamente suicida?
2. ¿Cuál es el grado de letalidad del plan?
3. ¿Necesita el individuo estar en un entorno protegido?
4. ¿Cuál es el alcance del sistema de apoyo?

Los individuos, familias, escuelas y comunidades deben ser educados sobre la conducta suicida y estrategias de prevención. Las personas tienen que estar informadas sobre los recursos disponibles y ayudadas a tomar contacto con los sistemas de apoyo disponibles.

1.13 EVALUACION DE ENFERMERIA: SUICIDIO

La Enfermera tiene que recordar que las actuaciones de Enfermería y el tratamiento médico no pueden garantizar que la persona suicida no se suicide. El principal objetivo profesional es proteger a los individuos suicidas hasta que sean capaces de protegerse a sí mismos. A través de la intervención activa, se espera que los individuos sean capaces de desarrollar soluciones alternativas para las dificultades que fomenten sus intenciones suicidas.

Cuando los individuos son suicidas con éxito, las Enfermeras tienen que hacerse varias preguntas para resolver toda autoacusación y culpas innecesarias.

- ¿Me tomé en serio las intenciones suicidas del individuo?
- ¿Le proporcioné un ambiente tan seguro como era posible?
- ¿Quería el individuo encontrar soluciones alternativas?
- ¿Tengo el derecho o la obligación de impedir todos los suicidios?
- ¿Tiene el individuo el derecho de determinar su propia muerte?
- ¿Soy el único que se está acusando?
- ¿Qué tengo que hacer para sentirme menos culpable por ésta muerte?

Es necesario que los miembros del personal participen en las discusiones sobre sus sentimientos y responsabilidades con respecto al suicidio del individuo. El personal encontrará de ayuda profundizar en ciertos aspectos de la muerte y la cura además de en sus obligaciones morales. Si no se piensa ni se comenta sobre los sentimientos de culpa y fracaso, los miembros del personal individualmente pueden proyectar el enojo y culpar al otro personal, incluso al individuo muerto.²⁰

1.14 VALORACIÓN DE ENFERMERÍA SOBRE LAS IDEAS DE SUICIDIO:

A algunas personas les sorprende la "falta de tacto" del médico que pregunta abiertamente al enfermo sobre sus tentaciones de suicidio. Tiene la obligación de preguntar, el paciente no se acongoja, suele sentir un gran alivio al confesarlas, lleva mucho tiempo luchando con ellas en su interior. Ahora se sentirá menos solo.

El médico indaga primero si tiene "ideas negras", luego pregunta por la desgana de vivir. El deprimido asiente con vehemencia, "sí, es lo único en que pienso", "no me he suicidado por mis ideas y por mis hijos, pero si sigo así, no se hasta cuando tendré fuerzas"²¹

EVALUACION DE LA LETALIDAD

De acuerdo con el grado de letalidad, los métodos se clasifican de mayor a menor letalidad:

- Armas de fuego y explosivos
- Salto desde lugares altos
- Sección y punción de órganos vitales
- Ahorcamiento
- Ahogamiento (en personas que no saben nadar)
- Envenenamiento (sólidos y gases)
- Sección y punción de órganos no vitales
- Ahogamiento (en personas que saben nadar)
- Envenenamiento (por gases)
- Sustancias analgésicas y soporíferas

En conclusión mientras más difícil sea el acceso al recurso que el paciente utilizaría para cometer el acto suicida, este es más "seguro" para lograr su objetivo, sin embargo, es lo menos frecuente. Lo más común es lo que la mayoría utilice medios mucho menos letales como son las sustancias soporíferas y analgésicas que tienen mayor accesibilidad en todo momento.

20 Cook, J.S. & Esquire, K.L. Enfermería Psiquiátrica. México: El Interamericano, 27 años de publicación, España 1993.
21 VALLEJO, Nájera Juan. Análisis. Sobre la Depresión. Editorial Nueva Librería, España, 1987, p. 108.

METODOLOGÍA PARA EL ESTUDIO DE CASO

Para la elaboración de este trabajo se selecciono en primer lugar un paciente internado en el hospital por una intoxicacion medicamentosa por intento de suicidio

Se realizó la investigacion bibliográfica para la elaboracion del marco teorico

Posteriormente se procedio a la recoleccion de datos basandose en un cuestionario adaptado del diseñado por Phaneuf correspondiente al adulto en la 4ª década de la vida. Con este instrumento se guía la valoración de Enfermería con el enfoque de las necesidades básicas

Los datos se reunieron por medio de interrogatorio directo al paciente, observacion, expediente clinico actual y anterior, entrevista con los familiares y con el medico psiquiatra responsable del caso

Una vez recabada la informacion, se procedio eliminar todo aquello que no tuviera datos patológicos, y que el paciente maneja en forma independiente sin necesidad alguna de ayuda externa. Posterior a esto se elaboraron los diagnosticos enfermeros. Una vez terminado, se realizó la jerarquización de los mismos y se clasificaron en función de la duración y grados de la dependencia y las causas y fuentes que la dificultan

Procedimientos para definir el Plan de Cuidados

Para la valoración de enfermería se utilizó el esquema de las necesidades básicas de Henderson, siendo mas representativas en este caso, las siguientes: Autorrealización, Seguridad, Aprendizaje y Prevencion de Riesgos

A partir de lo anterior se definen los niveles de dependencia e independencia

Los diagnósticos de Enfermería incluyen la etiología, los signos y sintomas. Finalmente se construye el Plan de Cuidados

PRESENTACION DEL CASO:

Datos de Identificación

Masculino de 38 años, soltero con una hija, religión católica. estudios hasta preparatoria, actualmente desempleado.

Motivo de Ingreso

Ingresar al hospital por haber ingerido 100 tabletas de Sinogan (Levomepromicima) y 25 Tabletillas de Lexotan (Bromacepam) el día de 6 de junio de 2001, con fines suicidas. Somnoliento, con disminución de respuesta a estímulos, lenguaje incoherente, incongruente y disartrico.

Antecedentes heredo-familiares

Su madre vive, con antecedentes de hepatitis e hipertensión arterial. Su padre murió por infarto agudo al Miocardio. Una hermana falleció de lupus eritematoso. 6 hermanos sanos.

Antecedentes personales no patológicos

Tabaquismo positivo desde los 16 años, alcoholismo positivo desde los 20 años, Adicto a la cocaína hace diez años. Alérgico a la penicilina.

Antecedentes personales patológicos

Traumatismo craneo encefálico a los 6 meses de edad, enfermedad ácido péptica, trastorno limitrofe de la personalidad, intoxicación por cocaína fármaco dependencia, 3 intentos de suicidio previos.

Padeamiento actual

Es traído por sus familiares en ambulancia al ser encontrado en su habitación somnoliento, sin respuesta a estímulos externos, con relajación de esfínteres. A su llegada a urgencias, se encontró hipotenso por lo que se administran cargas de volumen, O₂ por puntas nasales, infusión de lanexat (flumazenil) 20 ampulas en 60 ml. de solución salina. Se practica lavado gástrico extrayendo abundante residuo de medicamentos. Se ingresa a piso para estabilización y seguimiento por los servicios de medicina interna y psiquiatría.

Exploración Física

T/A 90/60 F/C 72 x FR 18 x Temp 36.5°C
Estuporoso, con palidez de tegumentos generalizada. Desorientado, hiporeflexia generalizada, sensibilidad y fuerza disminuidos.

Exámenes de laboratorio

Perfil A de Urgencias dentro de límites normales.

Screening de drogas (no encontré el resultado)
HIV Negativo

Impresión Diagnostica Medica

- Intoxicación medicamentosa por intento de suicidio

Diagnósticos de Enfermería al Ingreso

- Se trata de paciente masculino en la 4ª década de la vida, somnoliento que ingresa al servicio por intoxicación medicamentosa por intento de suicidio
- La valoración de las Necesidades Básicas a su ingreso en la unidad hospitalaria, se anexa en el siguiente formato que incluye los datos de independencia y dependencia, el nombre que maneja Virginia Henderson de la necesidad no cubierta y en la última columna se enlistan los diagnósticos de enfermería, los cuales posteriormente serán de utilidad para su aplicación al plan de cuidados.
- Únicamente se mencionan los datos de las necesidades no cubiertas, en las cuales el paciente tenía algún tipo de dependencia para realizarlos por sí mismo. De las necesidades de Henderson que, al momento de su ingreso el paciente tenía la fuerza, voluntad y conocimientos para llevar a cabo por sí mismo, como son Respiración, Eliminación, Movimiento, Termorregulación, Recreación y Aprendizaje, no obran en este cuadro debido a que estaban resueltas.

RECOPIACION DE DATOS PARA EL PERFIL DE NECESIDADES DE UNA PERSONA ADULTA

Nombre J. R. M. **Edad** 38 **Sexo** Masc.

Nacionalidad Mexicana **Estado Civil** Soltero **Religión** Católica

Ocupación Ninguna Actual **Idioma habitual** Español

Problemas por los que viene al hospital Intoxicación medicamentosa por intento de suicidio.

RESPIRACIÓN

Rara vez = No todos los días
 Con frecuencia = De 1 a 4 veces al día
 Con mucha frecuencia = Más de 4 veces al día

¿Usted cree que su respiración funciona bien? Sí No X

Si la respuesta es no, ¿Qué tipo de dificultades experimenta? Fatiga

(Responda al cuestionario siguiente con: sí o no. Si la respuesta es sí, marque una cruz en la casilla que corresponda)

Le suele ocurrir lo siguiente?

¿Tose? Si No

¿Le molestan las secreciones? Si No

¿Expulsa sangre cuando tose? Si No

¿Siente ahogo? Si No

¿Siente dolores al respirar? Si No

Rara vez	Con Frecuencia	Con mucha frecuencia
		X
X		

¿Puede usted describirme éste problema con la mayor precisión posible (el momento en que aparece la tos o el ahogo, cómo es el dolor y/o las secreciones)

Sobre todo por la noche, secreciones blancas sin sangre

¿Desde cuándo sufre éste problema? Hace 2 años

¿Qué medio utiliza para facilitar su respiración? (postura, humidificador, etc.)

Especifique: Busca ambientes húmedos

¿Fuma usted? Sí Si la respuesta es sí ¿Cuántos cigarrillos al día? 30 a 40 :

pipas al día No . ¿Hay fumadores en su entorno? No .

¿Ha utilizado ya otras drogas? Sí x No . Tendría inconveniente en hablarme de ello Cannabis una sola ocasión a los 17 años, hongos una sola ocasión a los 17 años, Cocaína desde los 28 años 1 a 2 gr. al día inhalada y fumada

¿Sabe si tiene alguna alergia respiratoria? Sí x No Si la respuesta es sí, de qué tipo? Refiere alergia al hule de los globos

El barrio en que vive, ¿tiene aire contaminado? Contaminación habitual de la ciudad de México.

¿El nerviosismo influye en su forma de respirar? Sí x No

Si la respuesta es sí; ¿De qué forma? Respira mas rápido

OBSERVACIONES COMPLEMENTARIAS DE LA ENFERMERA:

Respiración: frecuencia 30/min. Amplitud: Buena x mediana Reducida

Ruidos Respiratorios Normales, no se aprecian estertores

Coloración de la cara y las extremidades: Rubicundo

Utiliza actualmente ayuda respiratoria Nebulizador

Otros datos

ALIMENTACIÓN

Rara vez = No todos los días
 Con frecuencia = 1 vez al día
 Con mucha frecuencia = Más de 1 veces al día

¿Tiene buen apetito? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuál cree usted que pueda ser la causa? Come de forma compulsiva durante todo el día

¿Sigue usted alguna dieta? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿Cuál? Intenta seguir un régimen de reducción.

¿Cuánto pesa? 110 Kgs. ¿Cuál es su talla? 1.73

¿Come a horas regulares? No Desayuno comida cena

¿Tiene dificultades para controlar su peso? Sí No

¿Come entre comidas? rara vez con frecuencia con mucha frecuencia
 x ¿Qué tipo de alimentos? Tacos, antojitos mexicanos.

¿Experimenta sensación de hambre por la noche? Sí No

Evaluación Alimentaria

(Indique la cantidad habitual que toma en el curso de un día normal: por ejemplo, 2 vasos, 3 tazas, 1 trozo, 1 porción)

Diariamente:

¿Toma leche? Un vaso ¿Productos lácteos? ¿pan blanco? 4 a 6 rebanadas
 trigo integral cereales patatas verduras y legumbres crudas legumbres cocidas

Come:

	Rara vez	Con Frecuencia	Con mucha frecuencia
Pasteles	<input checked="" type="checkbox"/>		
Dulces	<input checked="" type="checkbox"/>		
Fritos			<input checked="" type="checkbox"/>

Si cree que su alimentación es diferente, ¿Puede explicar la razón? _____

¿Cuántos vasos de agua bebe? 10 ¿zumos de fruta? no ¿Tazas de café? 6

¿Otras bebidas? Bebidas alcohólicas

Toma usted:

	Rara vez	Con Frecuencia	Con mucha frecuencia
Bebidas gaseosas		x	
Bebidas alcohólicas		x	

Si toma alcohol con mucha frecuencia, puede explicarnos cuantos vasos al día? 3 a 5

EVALUACIÓN GLOBAL DE LA ENFERMERA

¿Existen Diferencias de alimentación en ésta persona? Sí x No _____

Si la respuesta es sí, ¿cuáles? No lleva una dieta balanceada, malos hábitos alimenticios

¿Por exceso o por defecto? Por exceso

Si la respuesta es sí, a qué nivel se encuentra Tiene un sobrepeso importante

¿Su hidratación es adecuada? (1500 a 2000 cc/día) Sí x No _____

¿Tiene exceso o deficiencia de ciertas bebidas? Especifique: Bebe líquidos en exceso
y presenta problemas de alcoholismo, actualmente intenta suspender alcohol _____

¿Siente rechazo hacia determinados alimentos (carne, grasas, etc.)? hígado
verduras y legumbres

¿Tiene problemas digestivos? (gases, ardor, pesadez, dolores?) Enfermedad
ácido péptica

¿Puede usted describirme este problema con la mayor precisión posible?

Características, momento de su aparición, etc.) Inicia desde 1997 con ardor
gástrico, reflujo. Es visto por gastroenterólogo del hospital, no llevando en
la actualidad ningún tratamiento.

¿Cuándo se presenta? Rara vez _____ con frecuencia x con mucha frecuencia _____

¿Desde cuándo padece éste problema? Desde hace 4 años

¿Qué medio utiliza en casa para aliviarlo? Te, agua calien _____

Su nerviosismo ¿influye en su alimentación y en su digestión? Sí x No _____

¿Habitualmente debe comer en un restaurante? Sí x No _____

Si usted come todos los días en casa, ¿come solo? Sí x No _____

Si la respuesta es no, la atmósfera que reina durante la comida es favorable?

Sí _____ No x Si la respuesta es no, explíquese El paciente come

diariamente solo en el restaurante donde trabaja

¿Tiene problemas con su alimentación? Come compulsivamente

OBSERVACIONES COMPLEMENTARIAS DE LA ENFERMERA:

¿La lengua y las mucosas están secas? Mucosa oral bien hidratada

¿La piel está deshidratada? (Cuando se le pellizca, ¿la marca dura un rato?)

Sí _____ No x Otros datos _____

ELIMINACIÓN

¿Cuáles son sus hábitos normales de eliminación intestinal? Va usted al baño:

¿Todos los días? x ¿Cuántas veces? 1 vez

¿Qué consistencia tienen sus heces? Duras blandas x líquidas

¿Qué hábitos urinarios tiene? ¿Cuántas veces al día orina? 10 ¿De qué color es su orina? Amarillo claro x amarillo oscuro naranja rojo

OBSERVACIONES COMPLEMENTARIAS DE LA ENFERMERA:

¿Debe llevar ésta persona algún sistema de control? (sonda, preservativo, ropa interior especial) No

Otros datos Funciones de eliminación dentro de límites normales para su edad y sexo.

MOVILIDAD Y POSTURA

Si usted es capaz, ¿hace un poco de ejercicio todos los días? Sí No x

¿Practica algún deporte? no

Su resistencia a la fatiga es: buena mediana x débil

Las emociones influyen en sus actividades? Sí

OBSERVACIONES COMPLEMENTARIAS DE LA ENFERMERA:

Pulso: Frecuencia 68 /min: regular x irregular muy irregular

Buen golpe de latido x débil saltón

Otros datos

SUEÑO, REPOSO Y BIENESTAR

Rara vez = 1 vez por semana

Con frecuencia = 2 ó 3 veces por semana

Con mucha frecuencia = Todas las noches

¿Duerme bien? Sí No x Si la respuesta es no ¿cuál es su problema?:
dificultad para dormirse x se despierta de noche x se despierta demasiado
pronto por la mañana x

La causa de la dificultad es: nerviosismo x dolor

El problema se presenta: rara vez con frecuencia con mucha
frecuencia x

¿Cuánto tiempo hace que tiene éste problema? Mas de 10 años

¿Qué hace para remediarlo? (ejercicios de relajación, baños, etc.) Utiliza
 medicamentos para dormir

¿Cuántas horas duerme? 5 ¿Hecha la siesta por la tarde? No Cuánto dura
la siesta?

¿Cómo se siente usted durante el día? Nervioso x mas bien distendido

¿Prefiere no tomar medicamentos? ¿Prefiere hacer uso del alivio que le
puedan proporcionar? sí

¿Algún otro problema le impide descansar (inquietudes, necesidad de orinar
por la noche, picazón, prurito, trastornos intestinales, etc.)? Explíquese

Ansiedad

¿Su entorno le favorece el sueño y el reposo? Sí x No

Si la respuesta es no, cuál es la causa del problema? El ruido el calor
otra cosa Explíquese Angustia y ansiedad

¿Se puede remediar éste problema? No lo sabe

El hecho de encontrarse en un medio hospitalario, le produce ansiedad?

Sí, no le gusta estar en el hospital a pesar de que lleva varios internamientos.

¿Su hospitalización le causa problemas personales le causa problemas familiares o profesionales que puedan aumentar su ansiedad? Sí, refiere

que no puede fumar, no se siente en libertad de hacer lo que desea

(Si tiene hijos pequeños) Quién cuida de ellos? Una hija a quien cuida su madre

¿Cree que están seguros? Sí

(Si se da el caso) La presencia de otra persona en la habitación ¿le resulta favorable? ¿Desfavorable? x

OBSERVACIONES COMPLEMENTARIAS DE LA ENFERMERA:

El paciente se encuentra en una sala general con otras tres personas

Otros datos: Paciente ansioso, no puede permanecer mucho tiempo en un mismo lugar, se muestra inquieto, refiere deseos de fumar y tomar café, se levanta, camina, etc.

VESTIDO

¿Qué importancia concede usted al aspecto personal?

Poca Regular x Mucha

OBSERVACIONES COMPLEMENTARIAS DE LA ENFERMERA:

¿La forma de vestirse de ésta persona es adecuada al lugar, la estación del año y las circunstancias? Sí

Otros datos El paciente vestía ropa del hospital, a pesar de ello, lucía desaliñado.

OBSERVACIONES COMPLEMENTARIAS DE LA ENFERMERA:

Temperatura: 37°c Otros datos

HIGIENE, ESTADO DE LA PIEL Y DE LOS TEGUMENTOS

¿Cuántas veces a la semana le gusta bañarse? ¿darse una ducha? diario

¿Cuándo se limpia usted los dientes? Una vez al día

¿Los cabellos? Todos los días

¿Las uñas? Cada dos semanas?

¿Su piel es seca? ¿grasa? x ¿sensible?

Sus cabellos ¿son secos? ¿grasos? x ¿se rompen?

¿Tiene últimamente tendencia a perder pelo? sí

¿Es usted capaz de lavarse por sí mismo? Sí x No

¿Cuándo fue la última vez que fue al dentista? No recuerda

¿La limpieza o los cuidados personales tienen mucha importancia para usted?

Refiere que la normal

¿Es usted capaz en este momento de cuidar la limpieza y el orden de su casa?

Sí No x

¿Un problema de salud modifica su capacidad de ocuparse de la casa? Sí x

No

OBSERVACIONES COMPLEMENTARIAS DE LA ENFERMERA:

Otros datos: El paciente tiene la creencia de que sus hábitos higiénicos son buenos, aunque en realidad su apariencia muestra lo contrario

SEGURIDAD

¿Se siente a veces aturdido? x ¿desorientado? _____

Cuando va en coche, ¿se pone siempre el cinturón de seguridad?

Sí _____ No x

En casa, ¿está atento a cualquier peligro que pueda surgir? Sí _____ No x

¿Lleva casco, mascarilla, guantes, escudo o dispositivo de protección ocular y auditiva que le puedan proteger? Sí _____ No x

Si practica determinados deportes, ¿toma usted todas la medidas de protección necesarias (cinturón de seguridad, casco, mascarilla, rodilleras, etc.)

Sí _____ No x

¿Es usted alérgico a ciertas sustancias o medicamentos?

Sí x No _____ ¿cuáles? Penicilina

¿Tiene algún presentimiento de problemas importantes que le preocupa?

Sí x No _____

Explíquese si lo desea: Siente ansiedad, angustia, piensa que su vida no tiene sentido

Se siente a veces desanimado o desesperado porque la vida no tiene ya sentido para usted? Sí

¿Alguien de su entrono podría ayudarla en éste caso? Sí _____ No x

¿Quién? _____

OBSERVACIONES COMPLEMENTARIAS DE LA ENFERMERA:

El estado de esta persona ¿puede constituir un peligro potencial para ella? x ¿o para otros? x Especificar Paciente con 3 intentos de suicidio previos

Precauciones que se deben tomar: Asegurar seguimiento por el servicio de psiquiatría

Aumentar la vigilancia El paciente tiene una cuidadora las 24 horas del día

Estar junto al lecho En todo momento hay alguna persona con él

Poner barandales o ataduras a la cama Sí

COMUNICACIÓN Y SEXUALIDAD

¿Vive solo? Sí x No _____

¿Tiene usted parientes, amigos o vecinos en los que pueda confiar y que estén dispuestos a ayudarle si los necesita? Su madre y hermanos

¿Tiene personas en las que le gusta confiar? No

¿Establece usted fácilmente contacto con los demás? No

Si la respuesta es no, ¿qué es lo que se lo impide? _____

Hábleme de su personalidad. Si tuviera que describirse a sí mismo, diría que usted es una persona (marque el objetivo adecuado):

-alegre, con frecuencia (x) -desconfiada de los demás (x) -solitaria (x)

-con frecuencia, triste () -confiada en los otros () -depresiva (x)

-ansiosa (x) -sociable () -tímida ()

-relativamente tranquila () -inquieta frente a la vida (x) -temerosa(x)

Se define a sí mismo como un hombre inestable, inmaduro, flojo, que no vale nada, manipulador, inconsciente, no se acepta a sí mismo, gordo, feo, sucio, ignorante, inculto que no merece la familia que tiene; pero con deseos de superarse, pero que para él es muy difícil.

OBSERVACIONES COMPLEMENTARIAS DE LA ENFERMERA:

Su conocimiento del idioma Bueno Su estado de conciencia Conciente ,su facilidad para hablar Buena , ¿le permiten expresar sus necesidades? Sí x No _____

Otros datos: _____

RELIGIÓN Y FILOSOFÍA DE LA VIDA

En éste tema, ¿hay ciertas exigencias que a usted le gustaría que le respetasen?

No es muy apegado, pero practica la religión católica

¿Le gustaría a usted hablar de religión con algún sacerdote (ministro, pastor, rabino, etc.)? No

¿Tiene usted alguna otra actividad que desearía realizar (ir a misa, comulgar, etc.)? No

OBSERVACIONES COMPLEMENTARIAS DE LA ENFERMERA:

Otros datos: El paciente se refiere en tono de burla a temas relacionados con la religión

REALIZACIÓN PERSONAL

(Si se da el caso) ¿Cuáles son sus sentimientos frente a las limitaciones que le impone su enfermedad? Se siente solo, no esta contento con su vida, siente que ésta no tiene sentido

¿Qué siente en relación con la forma de ocupar su tiempo? Se aburre, enciende el televisor y no se puede concentrar en los programas, casi siempre esta dormido

¿Forma usted parte de asociaciones culturales, profesionales, deportivas, etc.? No

En medio de todas sus actividades, ¿le queda a usted tiempo para pensar en si mismo y en su evolución personal? Lecturas, yoga, meditación, etc. Tiene tiempo pero no lo hace por falta de interés

OBSERVACIONES COMPLEMENTARIAS DE LA ENFERMERA Muestra desinterés
por todo a su alrededor. Refleja una gran depresión, aunque en apariencia se nota alegre

Otros datos: _____

RECREACIÓN

¿Se reserva algún tiempo para divertirse? Poco ___ suficiente ___ mucho x

¿Cuál es su diversión preferida? Le gusta ir a centros nocturnos

¿Tiene usted otros modos de ocio? Arte, fotografía, artesanías, etc. Le gusta

Le gustan las motos y repararlas para mantenerlas en buen estado

¿Le gustan las diversiones en grupo? Sí ___ No x

Su estado de salud ¿Ha modificado su forma de divertirse? Sí

Si la respuesta es sí ¿cree usted que pueda practicar otras diversiones adecuadas a su edad? Sí

OBSERVACIONES COMPLEMENTARIAS DE LA ENFERMERA: _____

Otros datos: _____

APRENDIZAJE

¿Ha estado hospitalizado anteriormente? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿por qué motivo? 3 Intentos de suicidio

Hábleme de esa experiencia Dos veces intentó cortarse las venas y en una

¿Conoce usted el motivo de su hospitalización? Sí

¿Está usted al corriente de su problema de salud? Sí No

¿Qué sabe usted de los medicamentos que toma? Conoce bien todo su

esquema de tratamiento

OBSERVACIONES COMPLEMENTARIAS DE LA ENFERMERA:

Otros datos:

Impresiones generales

Entrevista realizada por _____ Enfermera. Fecha: _____

JERARQUIZACION DE LAS NECESIDADES BASICAS EN EL PACIENTE CON INTENTO DE SUICIDIO

NECESIDADES DE HENDERSON	VALORACION	DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA
Seguridad	Datos de independencia: Conciente, orientado, movimientos coordinados, visión y audición normal Datos de dependencia: Desanimado, no le encuentra sentido a la vida. Paciente con 4 intentos de suicidio previos. Autodano.	Alto riesgo de autolesión que pone en peligro la vida relacionado con intento de suicidio manifestado por ansiedad, angustia, sentimientos de minusvalía
Comunicación y Sexualidad	Datos de independencia: Visión y audición normal. Vive solo Datos de dependencia: Distrado, agitación psicomotriz, fuga de ideas, desconfianza, problemas familiares	Afrontamiento familiar inefectivo (comprometido) en relación con desorganización familiar manifestado por agresividad, desconfianza, temores e inquietud
Creencias y Valores	Datos de independencia: Tuvo educación católica Datos de dependencia: No confía en nadie	Desesperanza relacionada con ruptura familiar manifestada por deterioro de las relaciones, falta de conciencia social
Realización Personal	Datos de independencia: Le gusta su trabajo Datos de dependencia: Divorcio, soledad	Dificultad en el mantenimiento de la salud en relación con consumo de tabaco, alcohol y drogas manifestado por soledad, ansiedad y minusvalía
Sueño, Reposo y Bienestar	Datos de independencia: Datos de dependencia: Sueño fragmentado, angustia	Deterioro del patrón del sueño relacionado con depresión y ambiente hospitalario manifestado por inversión del ciclo sueño vigilia
Nutrición e Hidratación	Datos de independencia: Mucosas orales bien hidratadas Datos de dependencia: Sobrepeso y alcoholismo	Deterioro de la nutrición por exceso relacionado con falta de ejercicio ansiedad y frustración, manifestado por sobrepeso
Vestido y Acicalamiento	Datos de independencia: Datos de dependencia: Paciente desanimado, mal peinado, despreocupado por su apariencia	Deficit de autocuidado. Vestido acicalamiento relacionado con depresión, manifestado por desalino personal
Baño/Higiene	Datos de independencia: Datos de dependencia: Se baña 3 veces por semana, piel y cabello grasos, caída de cabello	Deficit de autocuidado baño higiene en relación con depresión manifestado por desalino, halitosis y descuido personal

En el siguiente cuadro se muestran las necesidades significativas en el paciente y se describen las manifestaciones, duración y grado de la dependencia

NECESIDAD	MANIFESTACIONES	Duración	Grados
Seguridad	Se siente aturdido	Transitoria	2
Seguridad	Cuando viaja, no utiliza cinturón de seguridad	Permanente	3
Seguridad	No utiliza casco cuando va en motocicleta	Permanente	3
Comunicación	No confía en la gente	Transitoria	1
Comunicación	Le es difícil el contacto con los demás	Permanente	2
Comunicación	Personalidad: Ansioso, desconfiado y temeroso	Permanente	2
Comunicación	Se define a si mismo con sentimientos de minusvalía	Permanente	2
Creencias y Valores	Practica la religión católica aunque no es muy apegado	Permanente	1
Creencias y Valores	Se refiere en tono de burla en temas relacionados con religión	Transitoria	2
Autorrealización	Sentimientos de soledad	Transitoria	4
Sueño y Reposo	Ansiedad que le impide conciliar el sueño	Permanente	2
Sueño y Reposo	Rechaza estar hospitalizado	Transitoria	2
Sueño y Reposo	Sueño fragmentado	Permanente	3
Sueño y Reposo	Depende de los medicamentos para dormir	Permanente	2
Sueño y Reposo	Dificultad para dormir	Transitoria	2
Nutrición	Sobrepeso y alcoholismo	Transitoria	3
Higiene	No le concede importancia a su aspecto personal	Permanente	1
Higiene	Únicamente se lava los dientes una vez al día	Transitoria	2
Higiene	Piel grasa	Permanente	1
Higiene	Cabello grasoso	Permanente	1
Higiene	Caída de pelo	Permanente	1

En el siguiente cuadro se muestran las necesidades significativas en el paciente y se describen las fuentes de dificultad que impiden su satisfacción

Necesidades	Fuentes de Dificultad
Seguridad	Psicológica/Física/De Conocimientos
Comunicación y Sexualidad	Psicológica/Sociológica
Creencias y Valores	Espiritual/Conocimientos
Realización Personal	Psicológica/Sociológica
Sueño, Reposo y Bienestar	Físico/Psicológico
Nutrición e Hidratación	Física/Psicológico
Vestido	Psicológica/Sociológica
Higiene, Estado de la Piel y Tegumentos	Psicológica/Sociológica

PLAN DE INTERVENCIONES

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Alto riesgo de lesión relacionado con suicidio manifestado por ansiedad, alcoholismo, abuso de fármacos</p>	<p>Establecer una relación profesional con el paciente desde el primer momento</p>	<p>La Enfermera demostrara una aceptación del individuo mediante el uso de frases y actitudes no críticas Mediante el diálogo detectará ideas de autolesión Revisara el medio ambiente en busca de objetos que pudiera utilizar para autolesionarse Hablará con los familiares respecto a estas precauciones</p>	<p>6-Jun-01 El paciente continúa muy deprimido y con somnolencia 7-Jun-01 Se muestra mas abierto y converso un poco mas 8-Jun-01 Establecimiento de confianza Ent.R.Saed</p>
	<p>Tomar los medicamentos proporcionados por la Enfermera en los horarios establecidos</p>	<p>Mantendrá los medicamentos fuera del alcance del paciente llevando un control estricto por turno Administara personalmente los medicamentos en el horario establecido verificando que hayan sido tragados Revisara el medio ambiente en busca de medicamentos o sustancias nocivas Hablará con los familiares al respecto</p>	<p>6-Jun-01 Toma su medicación sin problema Ent.R.Saed</p>
	<p>Estar acompañado en todo momento tanto en su habitación como en sus terapias y paseos por el hospital.</p>	<p>Supervisar al paciente las 24 horas a través de una persona diferente del equipo de salud (cuidadora o familiar) La Enfermera verificará personalmente que el paciente este acompañado por alguna persona</p>	<p>6-Jun-01 Tiene una cuidadora todo el tiempo Ent.R.Saed 7-Jun-01 Deambula con la cuidadora por los pasillos. Insiste en bajar a la cafetería, negándosele el permiso por el momento Ent.R.Saed</p>

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	EVALUACION
<p>Deterioro de la movilidad física relacionada con los efectos medicamentosos manifestado por somnolencia y confusión</p>	<p>Tener a su alcance únicamente los utensilios indispensables que reúnan las condiciones de seguridad</p>	<p>Vigilar al momento de cada procedimiento barandales, objetos punzoortante, medicamentos, etc.</p> <p>La Enfermera proporcionará vajilla desechable para los alimentos del paciente durante toda su estancia intrahospitalaria y retirará objetos de cristal o punzoortantes con los que el paciente pudiera autolesionarse</p>	<p>6-Jun-01 El paciente toma sus alimentos en vajilla desechable</p> <p style="text-align: right;">Ent.R.Saed</p>
	<p>Contar en todo momento con un ambiente terapéutico seguro en su habitación</p>	<p>La Enfermera proporcionará ropa de hospital al paciente, colocará barandales y acondicionará la habitación durante la fase aguda de tal manera que sea agradable al paciente</p> <p>Instruir a los familiares sobre los artículos prohibidos antes de la visita</p>	<p>6-Jun-01 El paciente se encuentra confuso, trata de bajarse de la cama a pesar de los barandales</p> <p style="text-align: right;">Ent.R.Saed</p> <p>8-Jun-01 Mas orientado, baja al sillón y da unos pasos con su cuidadora</p> <p style="text-align: right;">Ent.R.Saed</p>
		<p>La Enfermera revisará que no den al paciente alimentos en bolsas de plástico</p>	<p>6-Jun-01 Recibe visita de su madre y hermanas. Le traen revistas y cigarrillos, los cuales por el momento controlará la cuidadora</p> <p style="text-align: right;">Ent.R.Saed</p>

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	EVALUACION
Deterioro de la relacion familiar relacionado con autolesión, manifestado por el deseo de muerte	Estar en estrecho contacto con los sistemas de apoyo	La Enfermera conocerá a los familiares del paciente para instruirlos en el manejo a medida que se vaya requiriendo	6-Jun-01 Su madre se muestra muy preocupada por el estado de su hijo y esta atenta a las instrucciones que se dan sobre el manejo futuro Ent.R.Saed
Afrontamiento familiar inefectivo (comprometido) relacionado con desorganización familiar y cambios de roles manifestado por agresividad, desconfianza, temores e inquietudes	Mantener una relación cordial con sus compañeros de sala y su familia	Favorecer en todo momento las interacciones con los demás La Enfermera ayudará al paciente a relacionarse con todos los miembros del equipo de salud que estén a su alrededor así como con otros pacientes de la sala Favorecer las condiciones ambientales al momento de la visita, dejándolo solo con su familia. Procurar que el paciente tenga una terapia ocupacional en este momento si la visita es muy tensa, para permitir que se relaje	8-Jun-01 El paciente se muestra abierto con sus enfermeras y personal de todo el piso. Platica con otros pacientes a pesar de continuar deprimido Ent.R.Saed
Aislamiento social relacionado con el problema de alcoholismo y fármacodependencia manifestado por depresión, ansiedad y	Mantener al paciente ocupado la mayor parte del día para disminuir su ansiedad Plantear su reintegración a la	La Enfermera mantendrá contacto con el Departamento de Terapia Ocupacional con el objeto de que el paciente tenga la mente ocupada y de este momento aleje la ideación suicida de su pensamiento central La Enfermera investigará sitio y	6-Jun-01 Muestra poco interés por actividades manuales, prefiere leer y caminar con su cuidadora Ent.R.Saed 12-Jun-01

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	EVALUACION
pérdida de autoestima	sociedad, familia y comunidad al ser dado de alta hospitalaria	accesibilidad de los hospitales de día, previendo que pueda ser esto necesario en un futuro inmediato	Se planea junto con su familia que el paciente se vaya un tiempo a vivir con ellos y le ayude al hermano en el negocio que tiene de papelería. El paciente se muestra renuente pues quiere regresar a su antiguo trabajo
	Establecer una buena relación con el equipo de salud y compañeros de cuarto durante la estancia hospitalaria	Diseñar plan de alta	Ent.R.Saed
	Valorar en todo momento el nivel de depresión durante la fase aguda.	La Enfermera proporcionará al paciente un compañerismo de apoyo mediante una actitud de empatía	6-Jun-01 El paciente se encuentra somnoliento, reservado y triste Ent.R.Saed 7-Jun-01 El paciente esta un poco más despierto y cooperador Ent.R.Saed
	Facilitar el apoyo emocional por parte del equipo intrahospitalario	La Enfermera no permitirá que el paciente se aisle	8-Jun-01 El paciente acepta expresar sus sentimientos manifestando tristeza. Ent.R.Saed
		La enfermera apoyará al paciente en la toma de decisiones, vestido, higiene y nutrición	6-Jun-01 Se encuentra adormilado, sin ganas de expresarse Ent.R.Saed
		La Enfermera buscará dentro de la sala, personas que compartan un reto común	6-Jun-01 EL. paciente duerme la mayor parte del turno Ent.M.Lopez
			6-Jun-01 El paciente esta un poco más despierto.

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	EVALUACION
	<p>e integrarlo a grupos de apoyo. Evaluar cada semana</p>	<p>para desarrollar grupos formativos y de apoyo. Dirigirá, de ser posible pláticas en grupo, para de ésta manera lograr que el paciente sepa que hay más gente con su problema a así, planear estrategias de readaptación.</p> <p>La Enfermera animará al paciente a hablar de sus sentimientos de soledad y las razones que existan</p> <p>Comentar la importancia de la calidad de las relaciones sociales mas que la cantidad de las mismas</p> <p>Evitar visitas no deseadas o que lo inquieten</p>	<p>Platica con las enfermeras de la noche Ent.L.García</p> <p>12-Jun-01 La relación del paciente con las personas que le rodean mejora, acepta hablar de su problema con mayor soltura. Se siente preocupado por lo que hizo. Ent.R.Saed</p> <p>9-Jun-01 Habla un poco mas con sus compañeros de cuarto Se comunica con el personal y con sus familiares. Acepta platicar de su problema de manera mas abierta Ent.R.Saed</p>
	<p>Recibir visita de sus familiares en los horarios establecidos por la institución</p>	<p>Permitir en la medida de lo posible las visitas una vez estabilizado el paciente para que se reincorpore a su vida social</p> <p>La Enfermera identificara las actividades que mantengan ocupado al paciente sobre todo en los periodos de alto riesgo</p>	<p>6-Jun-01 Se deja un horario abierto de visitas durante el día. Recibe visita de su madre y hermanas. El paciente permanece dormido Ent.R.Saed</p> <p>8-Jun-01 El paciente solicita bajar a la cafetería lo cual es concedido bajo vigilancia de la cuidadora Ent.R.Saed</p>
	<p>Expresar sus sentimientos cada vez que así lo desee</p>	<p>Favorecer el dialogo para transmitir empatía y fomentar la verbalización de dudas, miedos y preocupaciones</p>	<p>6-Jun-01 Paciente somnoliento. No desea hablar con nadie</p>

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	EVALUACION
	<p>Valor y movilizar los recursos internos a medida que va necesiándolos</p> <p>Encontrar por si mismo opciones adecuadas para la resolución de sus problemas contando con el apoyo del equipo de salud</p>	<p>Programar visitas con objetivos concretos</p> <p>La Enfermera tratará de fortalecer los puntos positivos de la persona y no sus debilidades mediante el dialogo y a medida que vaya conociendo al paciente</p> <p>Alentara planes y expectativas futuras</p> <p>Investigar cuales son sus habilidades e intereses personales mediante el interrogatorio directo e indirecto</p>	<p>7-Jun-01 Habla un poco mas con su cuidadora, desea ver a su familia Ent.R. Saed</p> <p>8-Jun-01 Habla un poco mas con su madre Ent.Raquel Saed</p> <p>12-Jun-01 El paciente se muestra mas seguro de si mismo aunque con ciertos temores acerca de su estado de animo Ent.R.Saed</p> <p>8-Jun-01 El paciente se muestra reservado e incapaz de tomar decisiones Ent.R.Saed</p> <p>10-Jun-01 Desea platicar con su madre y hermanas acerca del lugar donde va a regresar una vez dada el alta hospitalaria Ent.R.Saed</p>
Alteración en el mantenimiento de la salud relacionada con	Disminuir en lo posible el consumo del tabaco	La Enfermera detectará los hábitos de consumo de trabajo así como las actividades asociadas al mismo	<p>12-Jun-01 El paciente no desea abandonar el tabaquismo a pesar de las sugerencias</p>

DIAGNÓSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	EVALUACION
el tabaquismo manifestado por tos			del personal Ent.R.Saed 19-Jun-01 Dificil manejo del problema del tabaquismo. Objetivo no cumplido. El paciente dice estar conciente de los daños que pueda causar pero decide continuar con el hábito Ent.R.Saed
Síndrome de abstinencia relacionado al consumo de alcohol y drogas manifestado por irritabilidad, ansiedad y tabaquismo excesivo	Comprender que los síntomas se relacionan directamente con el consumo de alcohol, tabaco y drogas Reducir el consumo de tabaco al menos cuando esta en ayunas	La Enfermera sugerirá actividades diferentes a las que inducen a las adicciones como paseos, lecturas, manualidades, de acuerdo a su edad e intereses La Enfermera informará al paciente sobre los métodos individuales; (libros, cintas de autoayuda, fuerza de voluntad, acupuntura, chicles, parche transdérmico de nicotina) y grupales	12-Jun-01 El paciente toma todo el tiempo, desde que se levanta hasta que se acuesta, no realiza actividad alguna. Todo lo que hace lo acompaña con el tabaquismo El cuando al alcohol y las drogas, lógicamente no tiene acceso en el hospital, pero manifiesta decisión por abandonar éstos dos últimos hábitos. Ent.R.Saed 12-Jun-01 El paciente es capaz de comprender todos los métodos para abandonar el tabaco, pero los rehúsa Ent.R.Saed

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	EVALUACION
	Reforzar las razones para abandonar el consumo del tabaco	(técnicas de grupo, hipnosis, etc.) La Enfermera reforzará con el paciente las razones principales para suspender el consumo del tabaco Identificar con el paciente las personas allegadas que le darán apoyo o sabotearán las estrategias para no fumar	12-Jun-01 Los familiares del pacientes se comprometen a insistir en el tema del tabaco Ent.R.Saed
Alteración del patrón del sueño relacionado con depresión y ambiente hospitalario, manifestado por ansiedad e inversión del ciclo sueño vigilia	Evitar dormir durante el día	Identificar los factores causales y concurrentes La Enfermera observará y registrará en el expediente las horas que el paciente duerme o presenta insomnio Evitar que duerma durante el día Evitar que se le despierte por la noche para rutinas no relevantes para su mejoría Respetar sueño Reducir o eliminar las distracciones ambientales	6-Jun-01 El paciente duerme durante casi todo el día Ent.R.Saed 8-Jun-01 El paciente pasa mas tiempo despierto, duerme siestas durante la mañana y la tarde. Ent.R.Saed 11-Jun-01 El paciente pasa despierto todo el día Ent.R.Saed
	Lograr regular el patrón del sueño a través de la terapéutica farmacológica	La Enfermera evitará que el paciente duerma durante el día aumentando las actividades durante los turnos matutino y vespertino	6-Jun-01 El paciente no logra conciliar el sueño en su totalidad durante la noche Ent.M.Garcia
	Promover el sueño durante la noche	Administrar los medicamentos indicados según la regla de oro La Enfermera fomentará y proporcionará cuidados nocturnos	8-Jun-01 Logra conciliar el sueño, despierta una sola vez durante la noche 11-Jun-01 Duerme toda la noche Ent.M.Garcia
			8-Jun-01

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	EVALUACION
	<p>Utilizar ayudas para el sueño disminuyéndolas paulatinamente</p> <p>El paciente lee algunos minutos antes de dormir</p> <p>El paciente realiza ejercicios de relajación y respiración</p> <p>Tener un horario establecido para dormir, despertar y descansar</p> <p>Evitar bebidas que contengan cafeína</p>	<p>como baño, cambio de ropa de cama (limpia y recién hecha)</p> <p>La Enfermera proporcionará algún refrigerio o colación nocturna</p> <p>La Enfermera proporcionará educación sanitaria con respecto al sueño</p>	<p>Se observa un mejor descanso en el paciente</p> <p style="text-align: right;">Ent.M.López</p> <p>12-Jun-01</p> <p>Las técnicas de relajación y respiración así como las lecturas le ayudan a estar mas tranquilo</p> <p style="text-align: right;">Ent.R.Saed</p> <p>12-Jun-01</p> <p>El paciente toma leche caliente durante la noche conciliando el sueño con mayor facilidad</p> <p style="text-align: right;">Ent.R.Saed</p>
<p>Alteración de la Nutrición por exceso relacionado con falta de ejercicio y malos hábitos alimentarios manifestado por sobrepeso.</p>	<p>Llevar un régimen dietético de reducción</p>	<p>La Enfermera deberá investigar hábitos alimentarios</p> <p>Estimular al paciente para que se integre al grupo de gimnasia</p> <p>Educación con respecto a los problemas de salud que pueda ocasionar la obesidad</p>	<p>6-Jun-01</p> <p>Come porciones normales pero picotea entre comidas dulces y comida chatarra</p> <p style="text-align: right;">Ent.R.Saed</p>

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	EVALUACION
sentimientos de ansiedad, culpa, aburrimiento y frustración	Aumentar su actividad física durante el día	<p>Darle a conocer como mejorar hábitos dietéticos</p> <p>La Enfermera revisará los alimentos de alto contenido calórico</p> <p>Ayudara a disminuir la ingesta de calorías innecesarias y aumentar la actividad física dos veces al día</p> <p>La Enfermera pedirá al paciente que anote lo que ha comido durante las ultimas 24 horas</p> <p>La Enfermera revisará en el diario dietético los alimentos de alto y contenido calórico y de grasas</p> <p>Concienciar al paciente acerca de aquellas acciones que contribuyen a una ingesta excesiva de alimentos</p>	<p>8-Jun-01</p> <p>El paciente camina durante 15 minutos por la mañana y nuevamente por la tarde</p> <p>Ent.R.Saed</p> <p>9-Jun-01</p> <p>El paciente elabora el diario dietético y se da cuenta del contenido calórico u graso de su alimentación</p> <p>Ent.R.Saed</p>
	Tomar únicamente sus alimentos en el comedor	<p>La Enfermera instruirá al paciente para comer únicamente en un sitio específico</p> <p>La Enfermera proporcionará al paciente un vaso de agua antes de cada comida</p> <p>El paciente deberá comer en forma lenta y masticar bien los alimentos</p>	<p>9-Jun-01</p> <p>El paciente hace sus comidas en el comedor de la sala.</p> <p>Únicamente ingiere refrescos dietéticos entre comidas</p> <p>Ent.Raquel Saed</p>
	<p>Aprender técnicas de modificación de hábitos alimenticios</p> <p>Aumentar el nivel de actividad para quemar calorías</p>	<p>Enseñar las técnicas de modificación de la conducta para cambiar la ingesta calórica diariamente hasta que el paciente lo haga por si mismo</p> <p>El paciente deberá utilizar escaleras en lugar de ascensor</p> <p>La Enfermera instituirá un programa</p>	<p>10-Jun-01</p> <p>El paciente camina por las mañanas durante media hora y nuevamente por las tardes</p> <p>Ent.R.Saed</p>

DIAGNOSTICO	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	EVALUACION
		diario de caminata, incrementándolo en forma gradual Estimular el hábito deportivo	

ASIA TESIS NO SALI
 DE LA BIBLIOTECA

CONCLUSIONES

- El manejo del paciente con intento suicida implica principalmente dirigir las funciones de Enfermería al rescate de su autoestima, a la relación familiar y laboral
- Se comprobó que el Modelo de Virginia Henderson aplicado al Proceso de Enfermería en este caso específico fue de gran utilidad y la mejor opción, ya que desde el principio se fue observando la modificación de las necesidades del paciente con respecto a su situación inicial
- Durante el tiempo que se aplicó el proceso de atención de Enfermería hubieron avances en el comportamiento y estado de ánimo del paciente, sin embargo hubo dificultad en establecer modificaciones con respecto a hábitos negativos en su diario vivir.
- A pesar de lo mencionado anteriormente se logró que el paciente desistiera de sus ideas suicidas y el principal contenido del pensamiento se centrara en opciones de trabajo y reintegración a la vida familiar y social
- El proceso de Enfermería y los modelos son excelentes instrumentos con los que cuenta la Enfermera para su práctica, sin embargo es difícil implementar un solo modelo para todos los pacientes ya que éste se elige por las características del paciente y no por las del hospital
- La Enfermera debe conocer las teorías y modelos para así poder elegir el más adecuado al manejo de su paciente, pero el profesional de Enfermería debe ser capaz de establecer o modificar su modelo dependiendo de las características y evolución de su paciente

SUGERENCIAS

- Es conveniente que durante la estancia del paciente en hospitalización se integre a un programa de terapia ocupacional, una vez que concluya la fase aguda.
- Que la unidad clínica del paciente tenga adaptaciones especiales diseñadas únicamente para el paciente psiquiátrico, (mobiliario, colores, iluminación, ventilación, etc.) con la finalidad de mantener el ambiente terapéutico adecuado para este tipo específico de paciente.
- Implementar un programa de vigilancia ambulatoria para que en el momento que el paciente inicie la reintegración a su medio, divida su tiempo entre su hogar para horas de descanso y el hospital para terapia.
- Motivación al profesional de Enfermería a utilizar sus conocimientos sobre teorías y modelos aplicados al proceso de atención de Enfermería de tal manera que exista el enfoque científico necesario para la profesionalización de la carrera.

GLOSARIO

Barbitúrico	Fármaco de acción sedante sobre el sistema nervioso
Depresión	Estado psíquico de tristeza, abatimiento y postración
Disartria	Pronunciación defectuosa de la palabra por parte de los órganos periféricos
Dependencia	Incapacidad del sujeto para satisfacer sus necesidades
Estigma	Manifestación clínica que produce una determinada enfermedad
Estupefaciente	Sustancias que actúan efectivamente sobre la corteza cerebral susceptibles de producir una agradable embriaguez, capaces de generar un estado tóxico y profundas alteraciones somáticas y físicas
Estupor	Ausencia completa de voluntad e indiferencia total por el ambiente
Falacia	Razonamiento falso con apariencia de corrección y verdad
Fármaco dependencia	Estado que resulta de la absorción periódica o continuamente repetida de un medicamento
Hipocondriasis	Ansiedad morbosa respecto a la salud propia y la tendencia a exagerar los sufrimientos reales o imaginarios
Hiporeflexia	Reflejos disminuidos
Incoherencia	Falta de relación y enlace entre un pensamiento y otro
Incongruencia	Falta de ilación o conexión de ideas
Independencia	Satisfacción de sus necesidades por sí mismo
Insomnio	Fenómeno anormal y patológico que se caracteriza por la falta de sueño
Interpersonal	Que se produce entre una y otra persona
Intrapersonal	Que se produce con uno mismo
Inveterado	Antiguo, arraigado
Letalidad	Porcentaje de enfermos que mueren de una determinada enfermedad
Mito	Tradicción fabulosa basada en hechos reales, históricos o filosóficos
Neurofisiológico	Rama de la fisiología que estudia las funciones del sistema nervioso
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAE	Proceso Atención de Enfermería
Paranoide	Psicosis caracterizada por el desarrollo de un sistema delirante crónico, inmutable producido por causas endógenas
Psicodinámica	Dinámica de la mente
Psicosis	Enfermedades mentales tanto orgánicas como funcionales
Psicoterapia	Método de tratamiento que intenta modificar o corregir el curso del pensamiento
Screening	Esquema de búsqueda
Somático	Cualquier síntoma o fenómeno que se refiere a nuestro cuerpo en contraposición que se refiere a nuestra vida psíquica
Somnolencia	Tendencia acentuada al sueño
Stress	Tensión emocional
Suicidio	Quitarse voluntariamente la vida
Suspica	Desconfiado
Tabú	Que no se puede decir debido a una serie de causas de naturaleza psicológica o social
Terapia Electroconvulsiva	Procedimiento curativo por medio de la aplicación de corrientes eléctricas

BIBLIOGRAFIA

BERMAN AL: Relación entre el diagnóstico psiquiátrico y la conducta suicida en el adolescente Harvard Mental Health Letter 8 (12):8. 1992.

CARPENITO L.J. Diagnósticos de Enfermería Editorial Interamericana McGraw-Hill Madrid 1995 Tercera Edición

CARPENITO Linda Juall. Diagnóstico de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. Editorial Interamericana 3ª Edición Madrid. 1995

COOK, J.S. y Fontaine, K.L. Enfermería Psiquiátrica Mc Graw Hill Interamericana, 2ª edición España 1993.

DE GOMEZGIL M.L: Suicidio y Suicidas en la Sociedad Mexicana. México. UNAM, 1974

DE LA FUENTE R. La Patología mental y su terapéutica vol II Fondo de cultura Económica México 1997

PHANEUF Margot. El proceso de atención de Enfermería. Editorial Interamericana McGraw-Hill Madrid 1993 Primera Edición

PHILIP S. Vernon D: Manual de Psiquiatría Editorial Mundo Moderno 2ª edición México, 1996

RIOPELLE L. DRONDIN L. M. PHANEUF Un proceso centrado en las necesidades de la persona Editorial Interamericana McGraw-Hill Madrid, 1999

SEGATORE Luigi Dr. Diccionario Médico Tejde Editorial Teide Barcelona, España 1980

VALLEJO Najera Juan Antonio. Ante la Depresión Editorial Planeta Barcelona, España. 1987

WESLEY R.L. Teorías y Modelos de Enfermería Editorial McGraw-Hill Interamericana, México 1998