

ABORDAJE DE LA RESILIENCIA DESDE EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

JAVIER MUÑOZ SÁNCHEZ

Enfermero especialista en salud mental. Unidad de Corta Estancia.
Hospital Psiquiátrico Román Alberca. El Palmar (Murcia).
Profesor. Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM).

INTRODUCCIÓN

Resiliencia es un término adaptado a las ciencias sociales y la psicología para caracterizar a aquellas personas que, a pesar de nacer o vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanas y exitosas¹. Abarca la adaptación positiva en el contexto de adversidad, lo que se traduce en la presencia de dos condiciones fundamentales: la exposición a una amenaza significativa o adversidad y el logro de la adaptación positiva y el refuerzo posterior². A pesar del aumento del interés en este término, no existe un consenso total sobre su definición, moviéndose desde distintos planteamientos como pueden ser adaptación positiva, capacidad o superación³.

Algunos de los aspectos que caracterizan a las personas resilientes son: independencia, introspección, capacidad de relacionarse, autoestima, iniciativa, humor, creatividad y moralidad⁴. Todas estas características se relacionan positivamente como recursos para hacer frente a la adversidad, adversidad entre la que se pueden encontrar los trastornos men-

tales. Dentro de las entidades diagnósticas propias de los trastornos mentales, y en relación con la resiliencia, destacan los trastornos adaptativos. Estos últimos se recogen en la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* dentro de los trastornos relacionados con traumas o factores de estrés. Se componen de una respuesta psicológica a los estresantes caracterizada por la aparición de síntomas emocionales o del comportamiento, suponiendo una alteración en la funcionalidad personal, social o laboral de las personas que lo padecen. Los aspectos adversos propios de estos trastornos se ven beneficiados de una correcta resiliencia. Para el profesional de enfermería, y en el desempeño de sus intervenciones, el desarrollo de la resiliencia requiere otra forma de mirar la realidad, más allá de los síntomas y las conductas, intentando detectar y movilizar los recursos de las personas, de su entorno y de los servicios y redes sociales. Estas circunstancias pueden ser abordadas desde el proceso enfermero y desde la perspectiva independiente enfermera^{5,6}.

CASO CLÍNICO

Hombre de 48 años que ingresa de forma voluntaria en una unidad de corta estancia de salud mental a

Correspondencia: Javier Muñoz Sánchez
Correo electrónico: jmunoz@ucam.edu

través del servicio de urgencias y tras una sobreingesta medicamentosa en el contexto de un intento autolítico. No presenta antecedentes psiquiátricos personales, pero sí familiares de segundo grado en forma de depresión. Actualmente, coincidiendo con cambios laborales (la empresa que dirige acumula deudas importantes, con grandes dificultades en la esfera laboral) —y, como consecuencia de estos, con el comienzo de dificultades conyugales—, desarrolla decaimiento anímico, apatía, con verbalizaciones frecuentes en torno a la incapacidad para hacer frente a la situación actual, insomnio e, incluso, ideación suicida, aunque sin estructuración clara, pero llegando a acometer un intento con providencia de rescate. La sintomatología tiene como detonante el cambio o situación adversa con incapacidad de adaptación dinámica. Antes de la atención actual había consultado a través de la sanidad privada con el servicio de psiquiatría, donde se instauró un tratamiento con benzodiazepinas, que resultó inefectivo y que es el fármaco con el que realiza la sobreingesta. A nivel biográfico, está casado, tiene dos hijos, y el núcleo familiar lo conforman padres e hijo menor.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Se realizó una valoración completa a través de la entrevista clínica y, secundariamente, a través de la exploración y observación de la conducta. Los datos recogidos se clasificaron mediante los patrones funcionales de Marjory Gordon (tabla 1).

DIAGNÓSTICO Y PLANIFICACIÓN

Con el fin de planificar los cuidados enfermeros, se utilizó la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), en su 11.ª edición, a través de la cual se emitieron los diagnósticos enfermeros pertinentes⁷. Se establecieron los resultados espera-

dos NOC (Nursing Outcomes Classification, 5.ª edición) con los correspondientes indicadores de resultado⁸, los cuales aparecen con puntuación inicial, objetivo y al alta, y las intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification, 6.ª edición)⁹ (tabla 2). Se priorizaron los diagnósticos enfermeros cuyo abordaje presentaba mayores beneficios generales y también atendiendo al tipo de unidad en la que se realiza el plan de cuidados.

EVALUACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS Y RESULTADOS

Las intervenciones planificadas fueron llevadas a cabo durante los 22 días que duró el ingreso, tanto de forma individual como mediante el *feedback* grupal. Al inicio, el usuario no realizaba una crítica constructiva del intento autolítico y no identificaba alternativas conductuales. Conforme se produjo una estabilización a nivel emocional, se consiguió una mejora de los impulsos, con lo que se pudieron abordar conductas alternativas a la autolesión, prevención del suicidio, manejo cognitivo de los pensamientos distorsionados y un planteamiento familiar basado en la cohesión, apoyo y comprensión. El total de los diagnósticos fueron cerrados al alta, aconsejando en el plan de continuidad de cuidados seguir abordando la resiliencia a nivel ambulatorio, de forma que se generen recursos que actúen como factores protectores en futuras situaciones estresantes. Al alta, el paciente muestra un ánimo estable, un plan de alternativas al suicidio, una visión de futuro más ajustada y basada en el afrontamiento eficaz, un apoyo familiar adecuado y, en definitiva, un mayor bienestar subjetivo. Será necesaria una continuidad de cuidados en su centro de salud mental, donde se revisen los diagnósticos emitidos y se aborden otros relacionados con la autoestima, entereza de ánimo y resiliencia.



Tabla 1. Valoración de enfermería mediante los patrones de Marjory Gordon

Patrón	Manifestación
Percepción/mantenimiento de la salud	Presenta consciencia respecto a la motivación del ingreso («ingreso porque he intentado suicidarme») y, del mismo modo, respecto a la enfermedad. Atención y seguimiento a través de circuito privado con orientación del tratamiento básicamente farmacológico.
Nutricional/metabólico	Disminución del apetito durante las dos últimas semanas, sin alteración en la nutrición e hidratación.
Eliminación	Patrón funcional.
Actividad/ejercicio	Autónomo para las actividades básicas de la vida diaria, pero con descuido en el autocuidado (vestido).
Sueño/descanso	Insomnio de conciliación. Precisa de ayudas a través de benzodiacepina oral previa al sueño.
Cognitivo/perceptivo	Contenido del pensamiento coherente, pero centrado y reiterativo respecto a los problemas laborales. Ausencia de alteraciones cognitivas que destacar, pero sí déficit en el control de los impulsos con riesgo de autolesión.
Auto percepción/ autoconcepto	Sentimientos de tristeza, con disminución de las actividades recreativas. Siente que la situación actual afecta a su valía personal y presenta riesgo de suicidio en consecuencia, verbalizado como: «de esta, no voy a salir», «¿qué sentido tiene seguir adelante?».
Rol/relaciones	Alteración de la relación conyugal a raíz de los problemas laborales. Mantiene buena relación con los hijos, pero no entienden la situación actual y las conductas del paciente.
Sexualidad/reproducción	Disminución de la actividad y el deseo sexuales.
Adaptación/tolerancia al estrés	Refiere imposibilidad para afrontar la situación actual; se siente incapaz de adaptarse a los cambios que experimenta su vida laboral y personal, suponiendo estos un acontecimiento vital estresante del que no puede recuperarse. Respuesta ansiosa basal en tratamiento farmacológico con benzodiacepinas.
Valores/creencias	Patrón funcional.

Tabla 2. Plan de cuidados

NANDA	(00210) Deterioro de la resiliencia r/c nueva crisis m/p estrategias de afrontamiento ineficaces.	
NOC	(1309) Resiliencia personal. <ul style="list-style-type: none"> • 130909 Expresa autoeficacia. • 130909 Verbaliza un sentido aumentado de control. • 130914 Se adapta a las adversidades como desafíos. 	PI: 2; PO: 5; PA: 4 PI: 1; PO: 4; PA: 4 PI: 1; PO: 4; PA: 3
NIC	(8340) Fomentar resiliencia. <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar conductas positivas de búsqueda de salud. • Ayudar a ser optimista respecto al futuro. • Facilitar la cohesión familiar. 	
NANDA	(00069) Afrontamiento ineficaz r/c crisis situacional m/p conducta destructiva hacia sí mismo.	
NOC	(1302) Afrontamiento de problemas. <ul style="list-style-type: none"> • 130201 Identifica patrones de superación eficaces. • 130205 Verbaliza aceptación de la situación. 	PI: 1; PO: 5; PA: 5 PI: 1; PO: 5; PA: 5
NIC	(5230) Mejorar el afrontamiento. <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a evaluar recursos disponibles para lograr objetivos. • Ayudar al paciente a realizar una valoración objetiva del acontecimiento. • Ayudar al paciente a resolver problemas de forma constructiva. 	
NANDA	(00150) Riesgo de suicidio r/c impulsividad.	
NOC	(1204) Equilibrio emocional. <ul style="list-style-type: none"> • 120402 Muestra un estado de ánimo sereno. • 120403 Muestra control de los impulsos. 	PI: 1; PO: 4; PA: 4 PI: 1; PO: 5; PA: 5
NIC	(5330) Control del estado de ánimo. <ul style="list-style-type: none"> • Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente de daños físicos (suicidio). • Enseñar al paciente habilidades para tomar decisiones, según sea necesario. 	

m/p: manifestado por; NANDA: diagnóstico enfermero (North American Nursing Diagnosis Association); NIC: intervenciones de enfermería (Nursing Interventions Classification); NOC: criterios de resultado de enfermería (Nursing Outcomes Classification); PA: puntuación al alta; PI: puntuación inicial; PO: puntuación objetivo; r/c: relacionado con.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. En: Rolf J, Masten AS, Cicchetti D, Nüchterlein KH, Weintraub S (eds.). Risk and protective factors in the development of psychopathology. Nueva York: Cambridge University Press; 1990. p. 181-214.
2. Luthar SS. Vulnerability and resilience: a study of high-risk adolescents. Child Dev. 1991;62(3):600-16.
3. Cabanyes Truffino J. Resiliencia: una aproximación al concepto. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2010;3(4):145-51.
4. Henderson Grotberg E. Introducción: nuevas tendencias en resiliencia. En: Melillo A, Suárez Ojeda EN (comps.). Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires: Paidós; 2001. p. 19-30.
5. American Psychiatric Association. DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.



6. Cortés Recaball JE. La resiliencia: una mirada desde la enfermería. *Cienc Enferm*. 2010;16(3):27-32.
7. North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA). Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2018-2020. 11.^a ed. Barcelona: Elsevier España; 2019.
8. Moorhead S, Johnson M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5.^a ed. Madrid: Elsevier; 2013.
9. Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6.^a ed. Madrid: Elsevier; 2013.