

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

2ª edición



COMISIÓN CONSULTIVA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (2021-2022)

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

2ª edición

COMISIÓN CONSULTIVA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA (2021-2022)



SaludMadrid

Oficina Regional de Coordinación
de Salud Mental y Adicciones

Publicación expediente 24-PU-00219.2/2021

Depósito Legal: M-25936-2022
ISBN: 978-84-451-4022-2

AGRADECIMIENTOS

A la PERSONA con problemas de salud mental, por ser el motivo y la razón de todos nuestros desvelos, de nuestros planes y en definitiva, de nuestros CUIDADOS.

A LOS ENFERMEROS Y ENFERMERAS que trabajan en salud mental de la Comunidad de Madrid, porque gracias a sus inquietudes, su afán de superación y su trabajo, se ha elaborado este manual.

A la OFICINA REGIONAL DE COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES, por hacer posible el lugar de encuentro para la elaboración de los trabajos que a continuación se exponen.

A la Dra. Mercedes Navío Acosta, Coordinadora de la Oficina Regional de Salud Mental y Adicciones, por impulsar y favorecer el Proyecto de Enfermería de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

A LOS RESPONSABLES DE ENFERMERÍA de los Centros de Salud Mental que, mes tras mes, han acudido a la Oficina Regional de Coordinación, para ayudar en la investigación, jornadas y diferentes trabajos realizados en estos últimos 10 años.

A LOS SUPERVISORES Y LÍDERES DE ENFERMERÍA de todos los dispositivos hospitalarios de Salud mental de Madrid, que han sido colaboradores y facilitadores de los protocolos y planes de cuidados.

AUTORES

COORDINACIÓN/AUTORÍA

D.ª PILAR CAMINERO LUNA
D. ANTONIO MIGUEL VILLALBA BORRUEL
D.ª MARÍA LUISA LUNA NAVARRO

COMISIÓN CONSULTIVA DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

AUTORES

D.ª MÓNICA MORÁN RODRIGO
D.ª MERCEDES PEÑA GRANGER
D. RAÚL ORGAZ MORALES
D. PEDRO FERNÁNDEZ DE VELASCO CASARRUBIOS
D.ª CLAUDIA GONZÁLEZ LÓPEZ
D.ª ASCENSIÓN GONZÁLEZ GARCÍA
D. JAVIER NIETO MANGUDO
D. JOSÉ ANTONIO BARBADO ALBALADEJO
D.ª ÁNGELA IGLESIAS DE LA IGLESIA
D.ª OLGA SAN MARTÍN RUIZ
D.ª ROCÍO MOROTE MARTÍNEZ
D.ª VICTORIA BORREGO ESPÁRRAGO

COLABORADORES:

D. JAVIER SANZ CALVO

Contenido

RESUMEN	9
PRESENTACIÓN	11
CAPITULO I: ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA	13
MISIÓN Y VISIÓN	15
LÍNEAS ESTRATÉGICAS:	16
CONTEXTO	18
NECESIDADES MÁS FRECUENTES EN LA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL	23
COMPETENCIAS Y FUNCIONES DE LAS ENFERMERAS DE SALUD MENTAL	24
CARTERA DE SERVICIOS Y PROCESOS CLAVE DE LA ENFERMERA DE SALUD MENTAL	26
a. Cartera de servicios: CONSULTA DE ENFERMERÍA	29
b. Cartera de servicios: PROGRAMAS de intervención comunitaria y grupal	32
c. Cartera de servicios: ACTIVIDADES docentes y de investigación de enfermería	41
d. Cartera de servicios: PARTICIPACIÓN en Comisiones	41
e. Cartera de servicios: ATENCIÓN DOMICILIARIA	42
PROGRAMA DE VISITA DOMICILIARIA EN LA ENFERMERA ESPECIALISTA DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID. Documento técnico de recomendaciones	42
EVALUACIÓN DEL SERVICIO ENFERMERO	58
CAPITULO II: MANUAL PARA EL DESARROLLO Y REGISTROS DE PLANES DE CUIDADOS ENFERMEROS	59
PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL	61
Proceso de enfermería de salud mental	63
Valoración funcional de enfermería de salud mental	68
DIAGNÓSTICOS NANDA II según DOMINIOS/VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON EN SALUD MENTAL	73
DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD	79
DOMINIO 2: NUTRICIÓN	89
DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO	101
DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO	112
DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN	119
DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN	131

DOMINIO 7: ROL/RELACIONES	151
DOMINIO 8: SEXUALIDAD	167
DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS	174
DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES	204
DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN	212
DOMINIO 12: CONFORT	223
DOMINIO 13: CRECIMIENTO/DESARROLLO	237
PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS EN SALUD MENTAL	243
Trastorno de la conducta alimentaria (TCA)	245
Esquizofrenia/Trastornos delirantes	258
Trastorno bipolar fase maniaca	270
Trastornos depresivos	286
Trastorno de personalidad (T.P.)	297
Consumo de tóxicos y alcoholismo	310
Trastorno de ansiedad	323
PROTOCOLOS ESPECÍFICOS DE ACTUACIÓN EN ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL	331
Protocolo para el manejo de efectos secundarios producidos por psicofármacos	333
Protocolo de actuación en riesgo suicida	342
Guía de actuación en el tratamiento de antipsicóticos inyectables de liberación prolongada	362
Guía de actuación en el tratamiento con clozapina	368
Guía de actuación en el tratamiento con litio	373
Guía de actuación en el tratamiento con ácido valproico/valproato sódico	377
Guía de actuación en el tratamiento con disulfiram	381
Guía de actuación en el tratamiento con metilfenidato en la población infantil	384
BIBLIOGRAFÍA	391

RESUMEN

La Enfermera Especialista en Salud Mental se define como el profesional sanitario que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y tecnológicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención en salud mental mediante la prestación de cuidados de enfermería especializados llevados a cabo en los diferentes niveles de atención (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental).

Desde la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid se crea la Comisión consultiva de cuidados de enfermería de salud mental, para desarrollar la organización y mejorar la calidad asistencial hacia la persona con enfermedad mental, integrada por representantes de Enfermería de los Centros de Salud Mental, supervisores de unidades de hospitalización y directores de enfermería.

Enmarcado en el Plan estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, 2018-2020, acorde a sus lineamientos principales y dentro de los objetivos de la comisión consultiva, se realiza el presente Manual de Procedimientos de Enfermería de Salud Mental, como guía docente y metodológica, dirigida a las Enfermeras Especialistas en Salud Mental, incluye Planificación Estratégica de Enfermería (PEE), procesos y procedimientos de Enfermería.

El Manual recoge un conjunto de procedimientos y protocolos que pretende servir de marco de referencia a dichos profesionales para avanzar en la homogeneización, unificar criterios asistenciales y mejorar la calidad de los cuidados que reciben las personas con problemas de salud mental y sus familias.

ABSTRACT

The Nurse Specialist in Mental Health is defined as the health professional who, with a responsible scientific attitude and using the appropriate clinical and technological means to the development of science at all times, provides mental health care through the provision of specialized nursing care carried out in the different levels of attention (promotion, prevention, treatment and rehabilitation of mental health).

From the Mental Health Regional Coordination Office of the Community of Madrid, the Mental Health Nursing Care Advisory Committee is created to develop the organization and improve the care quality for the person suffering from mental illness. This Commission is made up of nursing representatives from the Mental Health Centers, supervisors of hospitalization units and nursing directors.

Framed in the Strategic Plan of Mental Health of the Community of Madrid, according to its main guidelines and within the objectives of the advisory commission, the Manual of Community Mental Health Nursing Procedures in the Community of Madrid is written, as a teaching and methodological guide, directed to the Specialist Nurses in Mental Health, includes Strategic Planning of Nursing (PEE in Spanish), processes and procedures of Nursing.

The Manual aims to serve as a frame of reference for these professionals to advance in the homogenization, to unify criteria of care and to improve the care quality received by people with mental health problems and their families.

PRESENTACIÓN

Con motivo de la elaboración del Plan Estratégico de Salud Mental 2018-2020, de la Comunidad de Madrid y acorde a sus lineamientos principales, se ha considerado importante la actualización del proyecto de Enfermería de Salud Mental a través de la elaboración del presente documento.

Como inicio del Proyecto de Enfermería se crearon las Comisiones Consultivas de Gestión y de Cuidados de Enfermería, integradas por profesionales de enfermería especialistas en Salud Mental con experiencia asistencial en los distintos recursos psiquiátricos, así como experiencia en formación universitaria de enfermería, y en planificación y gestión de servicios enfermeros en los Centros de Salud Mental (CSMs).

Desde marzo de 2010 hasta diciembre del 2011 se desarrollaron sesiones de trabajo, presenciales y comunicación informática entre los grupos de mejora que, con el método de consenso, estudio de textos y experiencias, dieron origen a la primera edición del Manual. Desde enero de 2019 hasta la fecha presente, se realizada la presente actualización, lo que supone un compromiso de seguimiento para mejorar la calidad, aumentar la eficacia de nuestras acciones y seguir en la homogeneización de las prácticas profesionales enfermeras en Salud Mental.

Se partió del análisis de la situación de la enfermería de salud mental y de la situación de los centros asistenciales donde acuden asiduamente las personas con enfermedad mental.

Se ha tenido en cuenta el conocimiento de las necesidades más comunes de las personas con problemas de salud mental y cómo identificarlas; el eje central de la actividad es el paciente y su familia que recibirán los servicios necesarios de atención y cuidados, según sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales definidas mediante una valoración/evaluación profesional, integral e interdisciplinar y científica.

En el presente documento se ofrecen pautas de actuación: Protocolos, Planes de Cuidados y Técnicas con criterios de resultado y su medida en términos de estandarización. Planes de Cuidados Integrados para garantizar la continuidad de cuidados. También se introduce la necesidad de homogeneizar la documentación enfermera: Protocolos de actuación general. Planes de Cuidados y Programas específicos de enfermería de Salud Mental.

Todo esto desde la visión de la gestión clínica, incorporando su cultura a la práctica asistencial. La gestión se comprende como una actividad social basada fundamentalmente en el conocimiento humano y la realidad circulante. Las fuentes de conocimiento humano son la experiencia y la razón. Para conocer la realidad circulante es obligada la aplicación de la Teoría General de Sistemas como una corriente de pensamiento y de investigación teórica aplicada al contexto profesional. La gestión estratégica por procesos asegura una mayor efectividad y sustenta el continuum asistencial entre los niveles hospitalarios, centros de salud y en los casos necesarios centros sociosanitarios.

Todos estos elementos expuestos van a favorecer la investigación sistemática, la mejora de la calidad y la continuidad en el proceso asistencial.

Este Proyecto también pretende servir como marco de referencia a los profesionales de enfermería que trabajan en los servicios de Salud Mental y a los alumnos en periodo de formación, adaptándolo a las peculiaridades de cada recurso.

El presente documento pretende:

- Mejorar la calidad asistencial de las actuaciones enfermeras de Salud Mental.
- Aumentar la eficacia de nuestras acciones.
- Consolidar la organización y el trabajo de Enfermería de Salud mental de la Comunidad de Madrid.
- Homogeneizar las prácticas profesionales en Salud Mental

- Añadir a la praxis visión de Gestión Clínica incorporando su cultura a la práctica asistencial
- Servir como marco de referencia a los trabajadores y alumnos de enfermería.
- Exponer una Cartera de Servicios y el Manual de Procedimientos con procedimientos de valoración, Planes de Cuidados individualizados y estandarizados, Protocolos Generales de Actuación en Salud Mental y Técnicas, con criterios de resultado y su medida en términos de estandarización. También Planes estandarizados integrados enfermeros (PCEI) que sustentan el continuo asistencial entre niveles: Hospital, Centros de Salud y Recursos Sociosanitarios.
- Medir las acciones enfermeras para poner en valor la relevancia del producto ofrecido a la población.

CAPITULO I:
ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID.
PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

MISIÓN Y VISIÓN

MISIÓN

Desde el Área de Enfermería de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones la misión es coordinar y asesorar los servicios que prestan los profesionales de Enfermería de Salud Mental, entendidos éstos como acciones intencionadas para que se pueda mantener la vida, la salud y el bienestar, consiguiendo niveles óptimos de satisfacción en los ciudadanos, basándonos en la evidencia científica disponible y respetando los principios de universalidad, equidad y accesibilidad.

La enfermería de Salud Mental es una profesión sanitaria especializada en la prestación de cuidados al paciente con enfermedad mental.

La misión específica de la enfermera especialista es proporcionar los cuidados necesarios para satisfacer las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia, garantizando su seguridad, su participación, autonomía y dignidad, así como el derecho a la intimidad y confidencialidad.

Esta prestación de cuidados se realiza valorando el estado de salud o enfermedad-diagnóstico enfermero-, basando las intervenciones en principios científicos y éticos-cuidados-, apoyándose en los recursos tecnológicos más adecuados y orientándola hacia la máxima calidad asistencial.

El enfermero en Salud Mental tiene como competencia la dirección, evaluación y prestación de cuidados orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la Salud, así como la prevención de enfermedades y discapacidades en el área de la Salud Mental (LOPS, 2003). Para ello, desarrollará las funciones asistenciales, docentes, de investigación de y de gestión (Orden SPI/1356/2011, programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental)

VISIÓN

La visión estará siempre orientada al Paciente, encaminando las líneas estratégicas a la mejora de la calidad de los cuidados de Enfermería, mediante un abordaje profesional, humanitario y ético, fomentando el trabajo en equipo y con un enfoque basado en Procesos introduciendo el pensamiento crítico al servicio del cuidado.

QUEREMOS Prestar cuidados científicos basados en la evidencia, desarrollando un campo de los cuidados independientes o autónomos. Queremos participar en la planificación sanitaria a todos los niveles, consiguiendo más prestigio social y reconocimiento profesional.

LOS VALORES que conforman la visión son:

- La persona con enfermedad mental es el centro de nuestra toma de decisiones. Nos interesa él, su familia, su satisfacción y su bienestar.
- Visión holística e integrada, orientada al respeto y la autonomía de la persona favoreciendo el proceso de desarrollo humano individual y colectivo.
- Empatía, respeto, humanización, conocimiento y metodología científico-técnico, comunicación terapéutica, PRESENCIA, esfuerzo, educación para la salud, equidad, profesionalidad.
- La participación de los profesionales es la base de los proyectos de mejora de los cuidados

METODOLOGÍA DE TRABAJO

Se conforman grupos de expertos de enfermería de salud mental, seleccionados por los responsables de los diferentes dispositivos de salud mental, que durante años se reúnen mensualmente y van elaborando, consolidando y ejecutando un proyecto de enfermería que dará salida a las necesidades encontrada en el análisis de la situación que rodea a los profesionales de enfermería de salud mental y sus usuarios. (DAFO, Comisión Consultiva, 2012).

El instrumento que finalmente se conforma es la comisión consultiva de cuidados.

COMISIÓN CONSULTIVA DE CUIDADOS

Ante la necesidad de normalizar la actividad de los cuidados enfermeros y el gran volumen de profesionales que intervienen en éstos, se crea la Comisión Consultiva de Cuidados de Enfermería de Salud Mental que, junto con otras muchas líneas de trabajo ya establecidas, promueva la participación de los profesionales de enfermería a través de un foro específico que establezca reglamente la discusión en dicha materia.

Justificada en el Real Decreto 29/2000 de 14 de enero sobre Nuevas Formas de Gestión del Instituto Nacional de la Salud (en el que se establece la obligatoriedad de crear una Comisión de Cuidados en los Centros que se constituyan al amparo de dichas fórmulas), muy especialmente en lo que se refiere a la asistencia, se constituye como órgano asesor.

La Comisión Consultiva de Cuidados de Enfermería de Salud Mental será un órgano de participación de los profesionales de enfermería de nuestra área que actuará como asesor de la Coordinación de Enfermería en todas aquellas materias que incidan directamente en la calidad de la atención a los Cuidados de Salud Mental. Y que consolidara y ejecutara el Proyecto de Enfermería de Salud mental insertado en la Coordinación de Enfermería de la Oficina Regional.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS:

La planificación estratégica de enfermería de salud mental (PEESM) de la Comunidad de Madrid, integrada en la Oficina Regional plantea 2 líneas estratégicas:

LÍNEA ESTRATEGICA 1:

Desarrollar la organización del Área de Enfermería de salud mental de la Comunidad de Madrid

OBJETIVOS LÍNEA 1

- Mejora de la coordinación e integración de niveles asistenciales.
- Impulsar cambios para la mejora y adecuación de los recursos humanos, correspondiendo a las demandas de asistencia.
- Implicar a los profesionales en la toma de decisiones que afecten a las Unidades de Enfermería y a los pacientes.
- Normalizar procedimientos que garanticen la implicación de la enfermería en la toma de decisiones con respecto a pacientes (toma de decisiones compartidas).
- Iniciar/continuar la cultura de Gestión por Procesos.

- Participar en la planificación sanitaria a todos los niveles.
- Aumentar la visibilidad social y reconocimiento profesional.
- Facilitar apoyo y motivación a los profesionales implicados en el cambio organizacional.

ACCIONES LÍNEA 1

- Comisión consultiva de cuidados de Enfermería en la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. Reuniones mensuales.
- Creación de grupos de trabajo como consultores y expertos que realicen guías de actuaciones y generen documentos unificados. Grupos de mejora. Reuniones bimensuales.
- Reuniones de coordinación con diferentes niveles, profesionales y asociaciones. Reuniones mensuales.
- Incentivar figura de enfermera gestora de cuidados y enlace en la Continuidad de los mismos.
- Presencia de Enfermería de salud mental en las comisiones de planificación/gestión de servicios sanitarios.
- Encuentros de Directores de Enfermería de salud mental y supervisores de Psiquiatría en áreas de hospitalización de Madrid. Frecuencia anual.
- Realización de comunicados oficiales sobre los consensos establecidos en las reuniones de los grupos de trabajo.
- Grupo de mejora que tenga que ver con la catalogación de la especialidad.
- Definir e incentivar el rol del profesional, implementar perfiles y competencias, para dar una asistencia de calidad.
- Realizar/actualizar Cartera de Servicios de la enfermera de salud mental en la Comunidad de Madrid.

LÍNEA ESTRATÉGICA 2: Mejorar la calidad asistencial

OBJETIVOS LÍNEA 2

- Mejorar la calidad de los cuidados, prestando cuidados científicos basados en la evidencia.
- Normalización y estandarización de la práctica asistencial para disminuir la variabilidad de los cuidados y mejorar la gestión de los mismos.
- Implantación de planes de cuidados estandarizados, protocolos y la revisión y actualización de procedimientos.
- Asegurar la continuidad de los cuidados: protocolos y procedimientos comunes entre atención especializada y primaria.
- Promover la Humanización de la Asistencia. Participación.
- Orientación/información al paciente y familia basada en el conocimiento de sus necesidades.
- Introducir el pensamiento crítico al servicio del cuidado.
- Fomentar el liderazgo enfermero en los equipos en cuanto al abordaje de cuidados basados en la evidencia.
- Promover la creación de medidas y herramientas de trabajo que permitan prevenir, eliminar o reducir riesgos sanitarios, participando en las actuaciones que mejoren la seguridad del paciente.

- Incentivar la formación y la investigación a profesionales de enfermería de salud mental de la Comunidad de Madrid.
- Luchar contra el estigma asociado a la enfermedad mental.
- Implicación de los profesionales partiendo de la motivación personal, participación y formación lo que conllevará una mejora en los servicios prestados.

ACCIONES LÍNEA 2

- Realización de protocolos de enfermería y cumplimiento de los establecidos.
- Elaboración de Procedimientos en patologías más frecuentes, implementación y evaluación de los Planes de Cuidados Enfermería.
- Elaboración procedimiento Visita domiciliaria de la enfermera de salud mental comunitaria.
- Seguimiento y asesoría de protocolos de actuación sobre la base de criterios de enfermería basada en la evidencia.
- Consensuar y difundir las competencias/roles y funciones de enfermería de salud mental en todas las Unidades de psiquiatría.
- Participación en congresos Nacionales y publicaciones científicas.
- Consensuar Perfiles de puestos de enfermería de salud mental para cada dispositivo (Supervisor, enfermera y TCAE).
- Grupo de mejora exclusivo para humanización en la asistencia en los hospitales y el estigma.
- Participación en los estudios/procedimientos sobre sujeciones a pacientes de salud mental.
- Realización de Jornadas técnicas de encuentros para estimular y favorecer la formación y la investigación.
- Encuentro anual de profesionales de enfermería de salud mental a través de Jornadas que favorezcan el intercambio de experiencias.

CONTEXTO

La red de recursos de atención a la Salud Mental y adicciones incluye un conjunto de dispositivos asistenciales. Forman parte de una red integrada, de modo que se puedan llevar a cabo los mecanismos de coordinación que faciliten los flujos de pacientes entre las distintas unidades y programas, tanto los ambulatorios como los de hospitalización parcial y completa.

La entrada de los pacientes en el circuito asistencial se produce normalmente a través del nivel de atención primaria.

Los dispositivos asistenciales de psiquiatría y salud mental se estructuran en los siguientes niveles:

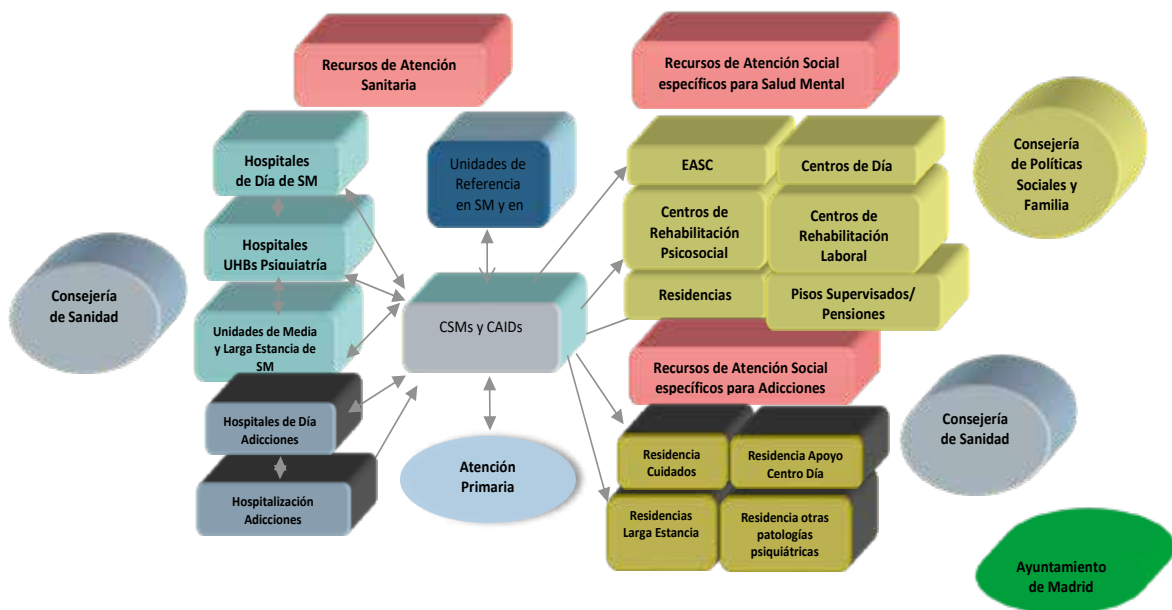
Servicio/Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental

- Centros de Salud Mental (con equipos de atención a adultos y a niños y adolescentes).
- Hospital de Día de adultos
- Unidades de Hospitalización Breve de adultos.
- Urgencias psiquiátricas.

Compartidos por varias unidades asistenciales:

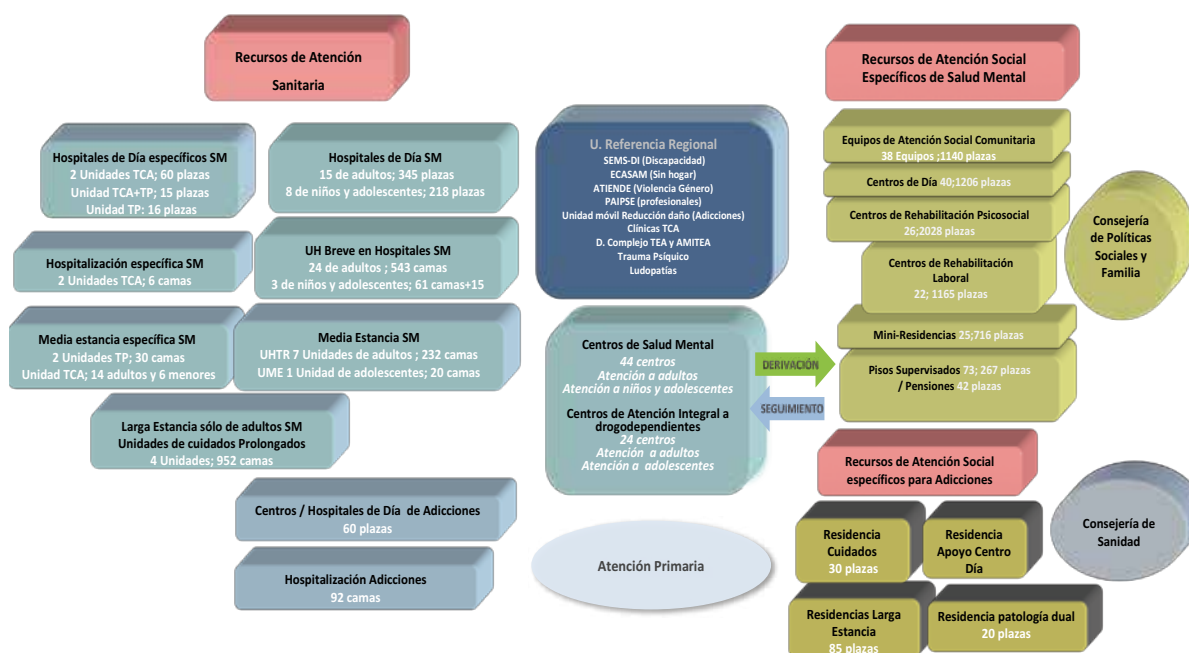
- Unidades de Hospitalización Breve de niños y adolescentes
- Hospitales de Día infanto-juveniles/Centros Educativos Terapéuticos
- Unidades hospitalarias de Tratamiento y Rehabilitación, UHTR y de Retorno a la Comunidad (media estancia).
- Unidad de Media Estancia de adolescentes
- Unidades hospitalarias de Cuidados Prolongados, UCPP (larga estancia).
- Centros de Atención Integral a las Drogodependencias (CAIDs)
- Unidades específicas de hospitalización (parcial o completa) para: Trastornos adictivos, Trastornos de la Personalidad graves (TPG), Trastornos de la Conducta Alimentaria en adultos y en niños y adolescentes (TCA).
- Unidades ambulatorias de referencia: Discapacidad intelectual, Enfermos mentales sin hogar, Sordera y Salud Mental, Programa ATIENDE (Violencia de Género), Clínicas TCA. (Trastornos de la Conducta Alimentaria), Programas específicos para el Trastorno del Espectro Autista (TEA) (AMI-TEA; Diagnóstico complejo TEA), Unidad de Valoración y Orientación del Profesional Sanitario Enfermo (UVOPSE) con el Programa de atención integral al profesional sanitario enfermo (PAIPSE).

RED COLABORATIVA DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES Y RECURSOS SOCIOSANITARIOS



FUENTE: OFICINA REGIONAL DE COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

NÚMERO DE DISPOSITIVOS EN LA RED



FUENTE: OFICINA REGIONAL DE COORDINACIÓN DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

ESTIMACIÓN DE PROFESIONALES POR HABITANTES (PLAN 2018-2020):

PSIQUIATRAS PARA ATENCIÓN DE ADULTO	5 por 100.000 habts.
PSICOLOGOS PARA ATENCIÓN DE ADULTOS	2,5 por 100.000 habts.
PSIQUIATRA PARA ATENCIÓN NIÑOS Y ADOLESCENTES	5 por 100.000 habts.
PSICOLOGO PARA ATENCIÓN NIÑOS Y ADOLESCENTES	4 por 100.000 habts.
ENFERMERAS	2,5 por 100.000 habts.

FUENTE: PLAN ESTRATÉGICO SALUD MENTAL 2018-2020. (MADRID, SANIDAD).

PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN MADRID Y LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

El desarrollo de la atención de salud mental, ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. Con respecto a la enfermería especialista en Salud Mental existen datos desde 1932 que el consejo superior psiquiátrico publica en la GACETA DE MADRID una orden por la que se crea la figura del enfermero psiquiátrico. El decreto se publica en 1953 (BOE 29 de diciembre)

En 1970 se crea la ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA EN EL DECRETO 3193/1970, DEL 22 DE OCTUBRE (la formación duraba 2 cursos con programa formativo y prácticas asistenciales)

A finales de 1981 es cuando se inician los cambios de mayor impacto en la atención psiquiátrica y de salud mental contemporánea de Madrid: la Diputación de Madrid crea el Instituto de la Salud Mental (INSAM) con las funciones de coordinación, gestión y planificación de los servicios psiquiátricos de la provincia, lo que supuso dentro del panorama general de la asistencia psiquiátrica un importante cambio.

La obtención del título de Enfermero especialista se regula en el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio. Entre el 1987 y 1998 la enfermería de salud mental no tiene posibilidad de acceso a especialidad.

En 1997, se ratifica un nuevo Convenio único de colaboración interinstitucional entre la Comunidad Autónoma de Madrid, el Insalud y el Ayuntamiento de Madrid, que busca una simplificación y mayor integración de los dispositivos asistenciales de Salud Mental y Atención Psiquiátrica.

A lo largo de 1998, la publicación del Decreto 4/19984 que define la estructura del Servicio Regional de Salud (SRS) de la Comunidad Autónoma de Madrid, crea el Departamento de Salud Mental, dependiente de la Gerencia del Servicio Regional de Salud, cuyas competencias se centrarían en la coordinación, planificación y gestión de los recursos de Salud Mental, sin perjuicio de las competencias atribuidas a otros órganos de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales y en coordinación con éstos. Es en este año cuando se convocan ya plazas para enfermeros residentes vinculadas a 1 año de duración

La Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (Ley 44/2003, 21 noviembre) describe puntualmente el protagonismo que realizara la Enfermería en los cuidados de los pacientes: “Corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades” (LOPS, artículo 7.2)

El 24/4 del 2005 se realiza un nuevo Decreto sobre Especialidades de Enfermería donde se plantea la VINCULACIÓN del Título a las competencias y al PUESTO DE TRABAJO y un Modelo de formación: RESIDENCIA, a tiempo completo. En este caso la Enfermero interno Residente (EIR) de salud mental pasará un sistema de residencia en unidades docentes acreditadas formalizando un contrato de trabajo con una dedicación a tiempo completo

Este nuevo paso para la especialidad de Enfermería de salud mental supondrá unas consecuencias importantes:

- Reconocimiento oficial a la experiencia, formación y curriculum acumulado
- Reconocimiento retributivo
- Mayor identificación con el puesto de trabajo
- La dedicación a un área específica supone una motivación añadida
- Se pone en marcha otra “cultura profesional”
- La especialización mejora la calidad de los cuidados. Profundización en conocimientos específicos
- La población atendida estará más satisfecha y se creará en ella menor ansiedad
- Se disminuirá la “polivalencia”

El Consejo Internacional de Enfermeras considera que: “La Enfermera Especialista es una enfermera con un nivel de preparación superior al de una enfermera generalista y autorizada a practicar como especialista con amplia experiencia en una rama de la enfermería” (C.I.E. CH 1201-Ginebra).

En el REAL DECRETO 1393/2007, de 29 de octubre, se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales (Artículo 8. Estructura general), que se estructurarán en tres ciclos, denominados respectivamente Grado, Máster y Doctorado. La Enfermería estará ubicada entre los títulos de especialistas en ciencias de la salud

En el 2008 se inauguran los servicios de psiquiatría en los hospitales generales.

En este mismo año, en virtud del Real decreto 183/2008 del 8 de febrero de especialidades de ciencias de la salud y sistema de formación sanitaria especializada, se crean las unidades docentes multiprofesionales, donde la enfermera especialista en salud mental forma parte del equipo multidisciplinario.

Hasta el año 2009 se han distribuido las zonas de la Comunidad de Madrid en 11 áreas y dentro de cada una de ellas distritos de salud. A partir de 2011 se producirá una unificación constituyendo un Área Única de Salud.

En el 2011 se aprueba y publica el nuevo plan formativo de la especialidad a través de la Orden 1356/2011 de 11 de mayo, ampliando a 2 años el periodo de residencia y avanzando generosamente en la definición de las competencias de la especialidad (Orden SPI/1356/2011)

Desde entonces se forman cada año hasta la actualidad 255 EIR de salud mental, de los que 41 son actualmente en la Comunidad de Madrid (Orden SND/411/2020)

En Septiembre del 2021 la Consejería de Sanidad de Madrid aprueba la integración de los enfermeros especialistas reconociéndoles la especialidad en el Régimen estatutario (BOCAM 19 octubre 2021)

RECURSOS HUMANOS: ENFERMERAS DE SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID:

El colectivo de enfermería de Salud Mental de la Comunidad de Madrid lo conforman 577 enfermeras (Plan de Salud Mental 2018-2020), repartidas un 20% en los CSMs, 46% en las UHBs, 16 % UHTR/UHCP, 4% en Hospitales de día, 3,3 % en TCA, 2,1 % TLP y 1,4 % en psicogeriatría. Habiéndose registrado del refuerzo extraordinario de profesionales para la visita domiciliaria y la atención infanto-juvenil donde se han creado 78 nuevas plazas de enfermeros especialistas en salud mental.

IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE LOS ELEMENTOS ESTRATÉGICOS (Comisión consultiva, DAFO)

- **Los profesionales de Enfermería de salud mental son muy valiosos para la persona con enfermedad mental**, su familia y sus cuidados. Algunos profesionales de Enfermería están deficientemente rentabilizados. En los CSMs el trabajo es a menudo desconocido.
- Existe un incremento en cuanto a la participación y representación en la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.
- Existe necesidad de mejora en cuanto a los conocimientos de gestión/investigación/ Metodología Enfermera.
- Liderazgo de los cuidados. Sería importante aumentar o iniciar la participación en los órganos de toma de decisiones. Incidir en el protagonismo correspondiente al liderazgo de los cuidados. Presencia en los comités y organismos de Planificación de los servicios. Posicionamiento más asertivo en los puestos de trabajo.
- Capacidad de Autocrítica de Enfermería: Podemos y debemos ser críticos con nosotros mismos; así contribuir a una mayor credibilidad en los equipos.
- Instaurar la presencia de Enfermería especialista en los dispositivos de los Programas de Rehabilitación.
- La especialización es una garantía de la calidad de los cuidados que reciben los pacientes. Hemos de evitar que una enfermera que nunca ha estado en salud mental sea trasladada a estos dispositivos sin previa formación. La especialización no es solo un problema de índole profesional sino una garantía de que los ciudadanos reciben los cuidados de calidad que necesitan.

- Actualizar y ofrecer cartera de servicios, midiendo nuestro trabajo por los resultados. Evaluar la rentabilidad de los Cuidados enfermeros. La evaluación de la rentabilidad de los cuidados enfermeros, es otra de nuestras asignaturas e proceso, sobre todo en un momento donde la justificación de la necesidad de recursos humanos y materiales, se basa en el coste de los procesos.
- El reto es crear espacios de encuentro y reflexión de Enfermería en la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones donde conocernos, coordinarnos y unificar criterios para la mejora de la calidad de la atención al paciente.

NECESIDADES MÁS FRECUENTES EN LA PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL

En la actividad profesional de la Enfermera de salud mental, se encuentra frecuentemente que las personas con enfermedad mental tienen verdaderas dificultades para seguir las prescripciones médicas, los cuidados de enfermería, la asistencia a citas programadas, la toma correcta de los fármacos. Es habitual una sobrevaloración de los efectos secundarios de la medicación, siendo utilizado como justificación de los abandonos. Se objetivan necesidades de apoyo para establecer balances positivos aun contando con los problemas que supone la necesidad de tomar medicación por largos periodos o incluso de por vida. (Colomer A J y cols; 2015)

En muchas ocasiones los pacientes se desinteresan por su propia salud y no acuden cuando corresponde a su centro de atención primaria, entendiendo en muchos casos los cuidados ofrecidos, de manera distorsionada.

Es común la presencia de hábitos poco saludables: consumo de tóxicos, alcohol, tabaco. A menudo presentan falta de interés en conductas preventivas que los hace más vulnerables a accidentes y problemas de salud. Habitualmente hay falta de conocimientos en relación con su enfermedad, dificultades para identificar elementos prodrómicos y de pedir ayuda. Presencia de impedimentos para mantener una dieta equilibrada adaptada a su situación, concepciones erróneas sobre la nutrición, desorden y desequilibrio en las comidas, problemas nutricionales por exceso o por defecto. Desinterés y abandono en las consecuencias de la mala nutrición: estado de piel, uñas, cuidado de la boca, estado de las mucosas. Pueden existir problemas de excreción (estreñimiento, etc.), percibidos en muchas ocasiones erróneamente y que disminuyen su calidad de vida.

Los pacientes están, con frecuencia, lejos de integrar en su vida diaria actividades físicas saludables o de ocupación de su tiempo: higiene personal, cuidado de la casa, cocinar, comprar, vestuario adecuado, establecer y mantener actividades formativas, ocupacionales, laborales. Diariamente se encuentran desajustes en el patrón del sueño, que llevan a los pacientes a un consumo, excesivo a veces, de hipnóticos, o a una vivencia angustiosa y desequilibrante de sus problemas de sueño y descanso.

También se constituyen en problemas generalizados la inadecuada interpretación de los elementos de realidad, la disminución de la capacidad de aprendizaje, de resolución de problemas, de integrar las crisis como elementos de crecimiento personal, o directamente problemas de los sentidos.

Al igual que todas las personas, los pacientes con problemas de salud mental necesitan ser escuchados, atendidos sobretodo en sus momentos de reagudización, saber prevenir los riesgos y proteger su seguridad. A menudo se manifiestan frágiles y sin recursos cognitivos, ni familiares. No necesitan sujeciones físicas, sino desescaladas verbales. Existe la idea generalizada que precisan

vigilancia, siendo más oportuno, dependiendo de los casos, la cercanía, la escucha activa y la presencia.

La mayoría de los pacientes que acuden a los dispositivos de salud mental se sienten poco valiosos o con dificultades de mantener su autoestima. El autoestigma que sufren muchos pacientes, motivados por la apreciación negativa que a menudo tiene la sociedad hacia la enfermedad mental, genera creencias sobre sí mismos que dificultan o interfieren en su calidad de vida y en la evolución de su enfermedad.

Las relaciones tanto en el núcleo familiar como en el de pertenencia, se afectan notablemente. Las familias se constituyen en el principal cuidador y necesitan intervenciones de los profesionales tanto en los aspectos relativos al aumento de conocimientos sobre la enfermedad como estrategias para aumentar la capacidad de contención. Aparecen sensaciones de soledad, dificultades de establecer y mantener relaciones, participar en colectivos sociales, asistir a programas formativos, mantener o buscar empleo y manejar del dinero.

En este ámbito, destacan a su vez, las opiniones y creencias de las comunidades de pertenencia de los pacientes sobre las enfermedades mentales y cómo tratarlas. La educación sanitaria de las poblaciones en materia de salud mental, el seguimiento de los problemas de convivencia de los pacientes en su entorno y las intervenciones de cuidados, van a determinar en muchos casos el que los pacientes y sus familias convivan con relativa tranquilidad sin necesidad de separar a las personas con enfermedad mental de su medio habitual.

Es también frecuente la afectación de la sexualidad en los pacientes, a menudo ocasiona por los efectos secundarios de los psicofármacos, pueden tener pocos recursos para afrontar situaciones estresantes de la vida cotidiana, escasas habilidades sociales, respuestas desorganizadas ante acontecimientos de la realidad, o simplemente, incapacidad de controlar y manejar situaciones.

El rol de la enfermera especialista ante estas necesidades y disfunciones, cobra particular relevancia dada su formación y perfil de cercanía y apertura.

COMPETENCIAS Y FUNCIONES DE LAS ENFERMERAS DE SALUD MENTAL

La enfermera de salud mental está integrada en los procesos de atención integral a las personas con enfermedad mental, dentro del equipo multidisciplinario.

Corresponde a los profesionales de Enfermería “la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”. (LOPS, artículo 7.2)

El perfil profesional de la enfermera especialista de Salud Mental determina que al concluir su programa formativo, estará capacitada para desarrollar todas aquellas competencias para las que ha sido formada. La aportación profesional de éste especialista deriva del trabajo que desarrolla con las personas y con las respuestas que debe dar a las alteraciones de la salud mental, con los aspectos afectivos que la conducta humana lleva implícitos y con la potencialidad de éstos para incidir en la capacidad de integración socialmente aceptable de los individuos. Para desarrollar todo su ámbito competencial, la Enfermera Especialista en Salud Mental presta cuidados utilizando la relación de ayuda como instrumento terapéutico básico.

En este sentido, el trabajo de la enfermera especialista de salud mental se conjuga entre dos ámbitos del conocimiento: el ámbito científico de las ciencias de la salud y el ámbito humanista de las ciencias sociales. Es desde esta doble perspectiva que se prepara para el desarrollo de una atención integral y holística de la persona y su entorno.

La enfermera especialista en salud mental desarrollará sus funciones:

1. Asistencial.
2. Docente.
3. De gestión.
4. De investigación.

COMPETENCIAS ASISTENCIALES DE LA ENFERMERA DE SALUD MENTAL

- a) Utilizar la relación terapéutica como instrumento básico de comunicación y relación en el marco de los cuidados de enfermería de salud mental y de los principios éticos.
- b) Formular juicios profesionales a partir de la integración de conocimientos, el análisis de la información y el pensamiento crítico.
- c) Valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar cuidados de enfermería de salud mental dirigidos a personas, familias y grupos, de acuerdo con el concepto de atención integral, en el marco de la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la salud mental, a lo largo del ciclo vital, teniendo en cuenta asimismo los criterios de calidad y seguridad del paciente.
- d) Participar en la elaboración del plan integral de atención a la salud mental de las personas, familias y grupos, aportando al equipo de salud mental planes de cuidados específicos.
- e) Coordinar y favorecer la continuidad entre los diferentes niveles asistenciales, mediante la elaboración del informe de continuidad de cuidados de enfermería.
- f) Elaborar, aplicar y evaluar guías clínicas de cuidados de enfermería de salud mental basadas en las evidencias científicas y participar en la creación de guías clínicas de salud mental con otros profesionales.
- g) Manejar e indicar el uso de fármacos y otros productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería en el ámbito de la salud mental, de acuerdo con la legislación vigente.
- h) Programar y desarrollar planes de cuidados de enfermería de salud mental en el ámbito comunitario, utilizando la visita domiciliaria como instrumento de intervención terapéutica.
- i) Coordinar los cuidados de enfermería que se ofertan cualquiera que sea el dispositivo y nivel de atención a la salud mental en el que se encuentre, supervisando las intervenciones de otros profesionales y el ajuste de las mismas a la planificación de cuidados especializados de salud mental establecidos para cada paciente y/o situación.
- j) Actuar como gestora de casos en los problemas de salud mental que requieren continuidad de cuidados (por ejemplo, en trastornos mentales graves), manejando la estrategia que haya sido consensuada por el equipo de salud mental.
- k) Asesorar, en calidad de experta, a profesionales de enfermería, otros profesionales de la salud, así como a personas y/o grupos.

COMPETENCIAS DOCENTES DE LA ENFERMERA DE SALUD MENTAL

- a) Educar en materia de salud mental a personas, familias, grupos y comunidades.
- b) Formar en materia de salud mental a los futuros profesionales y especialistas de enfermería, así como colaborar en la formación de otros profesionales.

COMPETENCIAS INVESTIGADORAS DE LA ENFERMERA DE SALUD MENTAL

- a) Generar conocimiento científico en el ámbito de la salud, impulsar líneas de investigación y divulgar la evidencia.
- b) Liderar y/o participar como miembro del equipo investigador en proyectos de investigación multidisciplinares.

COMPETENCIAS DE GESTIÓN DE LA ENFERMERA DE SALUD MENTAL

- a) Dirigir y/o participar en la organización y administración de los servicios de salud mental.
- b) Participar en la determinación de objetivos y estrategias en materia de salud mental, dentro de las líneas generales de la política sanitaria y social del país.
- c) Gestionar los recursos humanos disponibles para valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar cuidados de enfermería de salud mental dirigidos a personas, familias y grupos, de acuerdo con el concepto de atención integral, en el marco de la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la salud mental, a lo largo del ciclo vital.

CARTERA DE SERVICIOS Y PROCESOS CLAVE DE LA ENFERMERA DE SALUD MENTAL

En el real decreto 1030/2006, por el que se establece la CARTERA DE SERVICIOS comunes al SNS y el procedimiento para su actualización (BOE n.º 222, de 16 de septiembre de 2006) (Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009). En el apartado 8 referido específicamente a la salud mental, se evidencia ausencia de intervenciones de cuidados de Enfermería o intervenciones domiciliarias.

Existen diferentes modalidades de carteras de servicios de Enfermería en el ámbito nacional (Junta de Extremadura. 2009) (Sistema Nacional de salud. 2010) (Gobierno de Aragón.2011) En AP se desarrolla un amplio abanico de actividades (servicio madrileño de salud, 2007). En algunos Hospitales de la Comunidad de Madrid aparece cartera de servicios de enfermería, (HU R y Cajal), siendo por regla general la exposición de actividades de los profesionales de Enfermería que oferta cada institución

En los Centros de Salud Mental (CSMs) de la Comunidad de Madrid, los profesionales de Enfermería trabajan de manera dispersa, estando en desconocimiento de la población, la mayoría de sus actuaciones dirigidas a la persona con enfermedad mental. No se evidencia estandarización de los servicios que presta la enfermería en los CSMs, repercutiendo esto en la disminución de la rentabilización de los cuidados de enfermería por parte de los pacientes y en la ignorada imagen que este colectivo tiene a nivel social y familiar

Tras el análisis de la situación publicado en el 2012 por la Comisión Consultiva de Cuidos de la Oficina Regional, se propone *“unificar y ofrecer cartera de servicios, midiendo el trabajo por los resultados para poder evaluar la rentabilidad de los cuidados enfermeros”*.

Se entiende Cartera de Servicios al conjunto de servicios que deben responder a necesidades y demandas de la población, sustentadas en criterios científico-técnicos y en prioridades de política sanitaria. Una herramienta de gestión económica y profesional que facilita la medición, evaluación y valoración del trabajo ofrecido por la división de enfermería. Ha de ser un instrumento dinámico

y flexible en tiempo y ámbito que se utiliza para la gestión del trabajo de los profesionales y servirá para:

- Mostrar a la población y a los profesionales la oferta de actividades enfermeras, criterios de derivación o demanda para enfermería.
- Proporciona indicadores objetivos para medir la actividad cuantitativa y cualitativamente, o sea definir el producto.
- Proporciona criterios objetivos para organizar y dimensionar recursos

La enfermera especialista de salud mental desarrolla una atención integral hacia la persona y su entorno, con el conocimiento de las Ciencias de la Salud y el aspecto humanista de las Ciencias Sociales. Desde las competencias, recogidas en la orden SPI/1356/2011 de 11 de mayo (BOE, 24 de mayo de 2011), tiene un espacio propio en los centros de Salud Mental (CSMs), en un modelo comunitario, con un marco conceptual mediante la aplicación, de metodología de gestión por procesos.

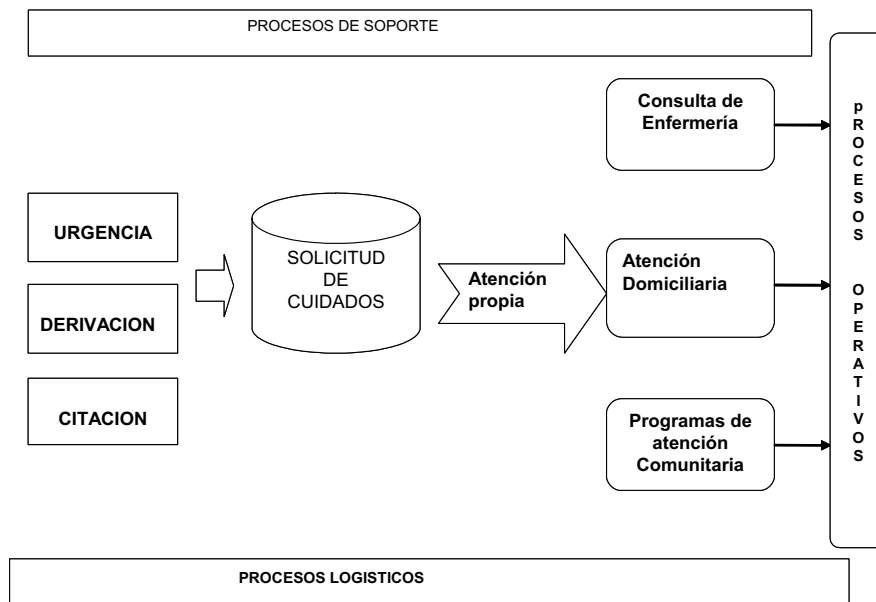
La cartera de servicios estará enfocada desde los procesos claves de Enfermería de salud mental y desde el Proceso de atención de Enfermería de salud mental que se expone de manera gráfica los pasos a seguir:

MARCO CONCEPTUAL DEL PROCESO



- Se considera un proceso cualquier actividad realizada por una organización que consuma recursos estructurales y tenga por finalidad obtener un bien o un servicio con valor añadido y dirigido a un destinatario.
- Procesos claves: Son los procesos enfermeros desde donde parten los procesos operativos conformando interfases organizativas necesarias para añadir valor a la actividad que se realiza directamente con los pacientes: Así los *procesos clave* de Enfermería de salud mental son:
 - ◇ Consulta de enfermería.
 - ◇ Programas de Intervenciones Comunitarias. Intervención Grupal.
 - ◇ Atención domiciliaria.

La Enfermería de salud mental en el ámbito comunitario encuadra las intervenciones desde la demanda de cuidados y la oferta de servicios.



LOS CRITERIOS QUE DETERMINAN EL PROCESO SON:

- La actividad debe ser entendida, es decir, poder describirse su misión o propósito de forma clara.
- La actividad debe contener inputs/outputs: poder identificar al usuario y proveedores que interactúan, productos intermedios y final.
- La actividad debe ser susceptible de descomponerse en operaciones o tareas.
- Puede ser estabilizada mediante la aplicación de metodología de gestión por procesos.
- Ha de poderse asignar responsabilidad.

Con respecto a las prestaciones que se han incluido en las agendas informatizadas, a continuación se expone el tiempo estándar establecido:

ACTIVIDAD ASISTENCIAL	Tiempo estándar
EVALUACIÓN INICIAL	45'
PROTOCOLO o MEDICACIÓN	15'
EVALUACIÓN INICIAL PROGRAMA CONTINUIDAD CUIDADOS	60'
SEGUIMIENTO	20'
ACTIVIDADES ESPECÍFICAS	
INTERVENCIÓN GRUPAL	90'
VISITA DOMICILIARIA	120'

PRESTACIONES AGENDAS INFORMATIZADAS. ENFERMERÍA SALUD MENTAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID. FUENTE: ORCSMYA

Cartera de servicios: **CONSULTA DE ENFERMERÍA**

MISION:

- Constituye la provisión de cuidados al usuario y comunidad bien por demanda directa o programada.
- Se presenta como un Proceso (en este caso de Enfermería), donde se recoge y se ofrece información y se aportan cuidados.
- El eje central de su actividad es el usuario, quien recibe los servicios necesarios según sus necesidades: biológicas, psicológicas y sociales.
- Desde la perspectiva enfermera, la evidencia en la práctica clínica de cuidados basada en diagnósticos enfermeros.

FUNCIONES:

- De acompañamiento: Función de presencia, comprensión, apoyo emocional, escucha etc.
- Educativa: Información, formación, docencia práctica y teórica, educación para la salud.
- De empuje: Fomento de los autocuidados, socialización, desarrollo de actividades.
- De apoyo: Trabajo en el contexto sociofamiliar relacional, ayuda y soporte al cuidador informal.
- De fomento: En la “elaboración” de los aspectos cognitivos y afectivos; prejuicios, valoraciones distorsionadas, condicionamiento por el pasado.
- De gestión y seguimiento: De cuidados, coordinación, recursos, gestión de casos; protocolos y procedimientos de Enfermería en tratamientos farmacológicos; valoración de efectos secundarios; control de síntomas.

OBJETIVO GENERAL

- Proveer cuidados integrales, individualizados y especializados a los pacientes adscritos a la Consulta de Enfermería.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Valoración de disfuncionalidades. Elaboración de plan de cuidados
- Provisión de cuidados individualizados al paciente y/o familia a través del Proceso de Atención de Enfermería.
- Utilizar la entrevista motivacional para establecer una relación interpersonal enfermera/paciente que garantice un servicio personalizado.
- Promover la adherencia al tratamiento garantizando la posología.
- Mejorar la calidad de vida y promover la autonomía.
- Efectuar seguimiento y evolución del paciente.
- Informar y educar al paciente y familia en la promoción de la salud.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA CONSULTA

- Recepción y/o acogida del paciente y/o familia.
- Valoración de necesidades de cuidados o patrones Funcionales de Salud (Gordon) como guía para la valoración.
- Valoración de autocuidados (hábitos alimenticios, higiene, eliminación, etc.)
- Valoración de síntomas. Detectar pródromos.
- Valoración de signos vitales.
- Procedimientos técnicos.
- Elaboración e implementación del Plan de Cuidados. Un lenguaje común de identificación de los problemas de cuidados detectados. Se propone la clasificación North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (Diagnósticos por dominios, clasificación de las Intervenciones Enfermeras Nursing Interventions Classification y Sistema de resultados u objetivos esperados)(NANDA International, 2019).
- Los objetivos o resultados esperados son el instrumento de medición y evaluación del plan de cuidados de Enfermería. Dirigen las intervenciones, planteando primero los resultados que se quieren conseguir. De ellos dependen los indicadores con las escalas de medida para valorar el grado de cumplimiento del objetivo planteado a priori.
- Procedimientos técnicos: Analíticas, protocolos médicos, tratamientos farmacológicos.
- Proveer medicación de largo tratamiento.
- Derivación, cuando proceda, al médico, enfermera, trabajador social.
- Coordinación con los diferentes dispositivos.

CARTERA DE SERVICIOS: PLANES DE CUIDADOS ESPECÍFICOS

- Plan de cuidados para personas con ansiedad y estrés.
- Plan de cuidados para la adherencia e implicación en el tratamiento.
- Plan de cuidados para fomentar hábitos saludables.
- Plan de cuidados para problemas del sueño.
- Plan de continuidad para personas con dificultad de control de impulsos.
- Plan de cuidados para mejora de la autoestima.
- Plan de cuidados para personas con patología psiquiátrica residual con necesidad de integración social.
- Plan de cuidados para la atención de problemáticas específicas: riesgo suicida, ideas delirantes, patología dual, trastorno de la conducta alimentaria y alcohol.

CARTERA DE SERVICIOS: TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

- Protocolos específicos de tratamientos farmacológicos (inyectables de larga duración, litio, clozapina, ácido valproico, etc.).
- Técnicas básicas de enfermería. Aplicación de tratamientos.
- Actividades logísticas (derivaciones, interconsultas, seguimientos en otros servicios, registros administrativos, etc.).

EVALUACIÓN DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA. METODOLOGÍA

- La derivación de pacientes se realizará con un Informe Clínico elaborado por el facultativo referente y con un informe de Alta de Enfermería, si procede, elaborado por el enfermero adscrito al paciente.
- La periodicidad en el seguimiento se establecerá en función de las necesidades de cada paciente y/o coincidiendo con la posología del tratamiento inyectable de larga duración.
- Atendiendo a las peculiaridades de cada caso, se determinará el seguimiento en Consulta de Enfermería y en el domicilio del paciente o Continuidad de Cuidados.
- Para llevarlo a cabo se requieren los siguientes recursos materiales y humanos:
 - ◊ Disposición espacio y tiempo para realizar la consulta
 - ◊ Despacho para acoger al paciente y/o familia, provisto de elementos necesarios para la prestación de cuidados. Esto es imprescindible para garantizar una atención personalizada y donde la confidencialidad quede asegurada.
 - ◊ El tiempo estimado dependerá si la atención es en agenda como:
 - Paciente nuevo: Valoración inicial, 45 minutos
 - Valoración para el protocolo continuidad de cuidados: 60 minutos
 - Consulta de seguimiento: 20 minutos.
- También se precisa la adscripción de una enfermera para llevar a cabo los objetivos, con tiempo suficiente para la atención al paciente y familia en la consulta y atención domiciliaria (el tiempo dedicado a esta actividad variará en función de la lejanía o proximidad del domicilio y en función de la actividad a desarrollar.
- Sesiones de enfermería clínica y otras actividades de formación en Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental
- Los contenidos que se abordan para el desarrollo de la Consulta vienen determinados por el Proceso de Atención de Enfermería, según el estándar de Cuidados de Enfermería en los trastornos mentales severos. Por el desarrollo de los objetivos planteados y por las necesidades manifestadas por el paciente y/o familia.
- Por todo ello se lleva a cabo un registro (Historia de enfermería)

CRITERIOS PARA VALORAR LA EFICACIA:

- Grado de satisfacción subjetiva del paciente y/o familia en relación a la consecución de los objetivos definidos.
- Grado de satisfacción subjetiva de los profesionales implicados.
- Número de pacientes adscritos a la Consulta.
- Grado de cumplimiento de las citas del paciente y/o familia.
- Número de consultas totales realizadas.
- Numero de valoraciones realizadas
- Número de visitas domiciliarias realizadas y tiempo total empleado.
- Numero de interconsultas enfermeras llevadas a cabo.
- Numero de sesiones de Enfermería clínica y otras actividades de formación realizadas.
- Numero de planes de enfermería implementados.
- Numero de enfermeras adscritas a la Consulta

Cartera de servicios: **PROGRAMAS de intervención comunitaria y grupal**

- Se pretende acercar los servicios a la comunidad adaptándolos a las necesidades de la persona y evitando el distanciamiento familiar y comunitario.
- Trata de establecer un contacto mucho más frecuente tanto con el enfermo, como con la familia, responsabilizándose de la medicación, de la salud física y sobre todo de la continuidad de cuidados.
- Los programas de intervención comunitaria pretenden la coordinación con otros servicios asistenciales para garantizar la continuidad asistencial y la coordinación con otros tipos de servicios que ofrecen atención médica y psiquiátrica, alojamiento, rehabilitación, defensa de los derechos, actividades de ocio y recreo.
- Se procura la estabilización de la crisis proporcionando servicios de apoyo de continuidad ilimitada a través de alianzas terapéuticas donde la enfermera es responsable de proveer “cuidados terapéuticos básicos” y también organizar referencias de otros terapeutas.
- Facilitar el acceso al abanico de servicios que requiere el paciente.

PROGRAMAS EXISTENTES EN MADRID

- Grupos de pacientes con TMG en tratamiento con antipsicóticos atípicos de larga duración (adherencia y cumplimiento terapéutico, manejo de síntomas)
- Programas psicoeducativos: actividades de la vida diaria, autocuidado, afrontamiento: técnicas de resolución de problemas.
- Programas de Trastorno límite de personalidad
- Programa de alcohol
- Programas de psicogeriatría
- Programas de Relajación
- Programas de reeducación y mantenimiento del nivel cognitivo
- Programas sobre la alteración del mantenimiento de la salud (consumo de tóxicos, prevención de recaídas etc.)
- Participación en Programa de coordinación con Atención primaria
- Seguimiento de manejo de medicación y ABVDs en el domicilio
- Programa de continuidad de Cuidados y Rehabilitación
- Coordinación con otros recursos asistenciales, sociosanitarios, sociales
- Apoyo familiar, individual y grupal
- Programa infantojuvenil

La enfermería actúa como gestora y tutora de cuidados en el Programa Infanto –Juvenil, Programa de Adultos y Programa de mayores.

PROGRAMA INFANTO-JUVENIL

- Protocolo encopresis.
- Protocolo enuresis
- Seguimiento de niñas/os con metilfenidato.
- Atención a los trastornos de la conducta alimentaria.

- Grupo de simbolización para niñas y niños de 7 a 9 años con déficit de atención.
- Relajación individual de niños.
- Relajación de adolescentes.
- Grupo de psicoeducación para padres con hijos de cero a ocho años de edad.
- Reunión de coordinación con el equipo infanto-juvenil del C.S.M.
- Coordinación con:
 - ◊ CAID, colegios, servicios sociales.
 - ◊ Hospital de Día.

PROGRAMA DE ADULTOS

- Intervención en el Trastorno mental grave (T.M.G.). Programa Continuidad de Cuidados.
- Intervenciones en crisis.
- Grupo de ayuda mutua con pacientes (T.M.G)
- Atención domiciliaria.
- Intervenciones comunitarias.
- Apoyo familiar: Individual y grupal.
- Grupo de apoyo.
- Grupo de relajación: Grupo de Autoayuda.
- Grupo de psicoeducación en Trastorno Bipolar: Pacientes y Familias.
- Grupo psicoeducativo de menopausia.
- Grupo psicoeducativo de amas de casa.
- Grupo de psicoeducación: Síndrome metabólico.
- Terapia de apoyo y seguimiento en embarazadas.
- Relajación individual en embarazadas.
- Terapia con pacientes dependientes del alcohol
 - ◊ Reducción de daños crónicos.
 - ◊ Abstinentes. Grupo de prevención de recaídas.
- Terapia de apoyo en duelos.
- Coordinación con:
 - ◊ Recursos de rehabilitación.
 - ◊ Servicios Sociales
 - ◊ Atención Primaria.
 - ◊ Unidad de Día.
 - ◊ Hospital de Día.
 - ◊ U.H.B.
 - ◊ C.A.D.

PROGRAMA DE MAYORES

- Grupo de Relajación a Mayores de 65 años.
- Grupo de psicoestimulación con familiares.

- Grupo – Taller de mejora del sueño.
- Grupo de apoyo. (T. Depresivos, duelo etc.)
- Atención domiciliaria de enfermería.

PROGRAMAS ESPECIFICOS

En este apartado es de suma relevancia el abordaje Grupal de la enfermera de salud mental

TERAPIA DE GRUPO (NIC 5450) O ENSEÑANZA GRUPO (5604)

La intervención grupal en enfermería, de salud mental, constituye un instrumento eficaz para conseguir efectos positivos de superación o disminución de síntomas, favoreciendo así cambios con respecto a la información de problemas propios de la patología, al afrontamiento, la adaptación, la convivencia e integración social de su entorno.

Teniendo en cuenta que el grupo es el sostén de los individuos y la falta de integración social puede ser una de las razones de los problemas mentales que conducen al trastorno mental. El concepto grupal supera a la suma de los individuos y se emerge como una forma de rentabilizar los tiempos en los abordajes enfermeros.

El grupo terapéutico ha de surgir de una necesidad en el servicio y se realizara con un previo programa donde se considera los objetivos, las condiciones, el tipo de paciente, el lugar, los profesionales etc.

Los profesionales de salud mental no deben realizar intervención grupal sin estar capacitado. El buen manejo tiene que ver con la formación y planteamientos planificados.

Es relevante que la Enfermería de salud mental implante metodología científica y dentro de ella las intervenciones grupales como instrumento capaz de mejorar la evolución, adherencia del paciente y a su vez la prevención de recaídas.

ANTECEDENTES DE ABORDAJE GRUPAL:

La historia de la Humanidad ha estado influida por dinámicas e interacciones grupales.

El ser humano es un ser gregario, es decir que sigue la tendencia de agruparse, que necesita de un grupo para poder sentirse bien. O que sigue las ideas e iniciativas ajenas (RAE). Los grupos en los que se participa a lo largo de la vida configuran nuestra historia.

La perspectiva de Sigmund Freud en su intento de comprender los fenómenos de los grupos humanos y de la organización familiar, se ve reflejada en los denominados artículos socioculturales: Psicología de las masas y análisis del yo, Tótem y tabú y El malestar en la cultura. Las conceptualizaciones freudianas servirán de base teórica para intentar comprender los estadios primitivos, regresivos y patológicos de la familia humana, así como de los grupos humanos.

Rogers entendía el grupo como un intermediario entre la persona y la sociedad, afirmando que “el grupo es la invención social más potente del siglo”. Los seres humanos nacen dentro de los grupos y a través de ellos descubrimos nuestra identidad, es más, algunos autores afirman que dentro de los grupos, el ser humano se convierte en persona (Rogers, 1970).

Jacob Levi Moreno, del fundador del psicodrama, aportaba que “en el principio fue el grupo y al final el individuo” (Moreno, J.1959). Apostatado por autores relevantes que afirman que el individuo crea al grupo que a su vez crea al individuo (Schmid, 1996). El grupo no es una mera colectividad ni la suma de sus miembros, sino un sistema social complejo.

Así pues, las conductas cambian desde dentro del grupo y, a través de él, se conforma la psiquis humana, por lo que los profesionales de enfermería han de conocerlo, han de aprender a escuchar e integrarse en medio de las personas si se quiere ser agente de cambios hacia las conductas saludables.

El contexto donde uno crece, donde se vive, la familia, la cultura tienen una fuerza determinante. De acuerdo al marco teórico de la psicología social, la meta de los grupos es aprender a pensar, y para aprender a pensar el individuo necesita del otro, comparte su presencia, su discurso, su diálogo y otras formas de expresión posibles. Pensar, siempre es pensar en grupo.

El aprendizaje y la resolución de tareas coinciden con la curación creándose un nuevo esquema de referencia (Pichón, 1960)

El dispositivo grupal genera cambios. El grupo permite generar un proceso en las personas de tal manera que los afectos, comportamientos, ideas etc., puedan ir cambiando con el resto de los comportamientos, afectos, ideas de cada uno. El grupo genera cambios emocionales (proporciona calor, empatía y comprensión), cognitivos (mejora la autoestima y los sentimientos de devaluación) y conductuales (aprenden y copian destrezas).

Pichón Rivier en su artículo "Aportaciones a la didáctica, de la Psicología Social" dice que el sujeto no es sólo un sujeto relacionado, es un sujeto producido en una praxis. No hay nada en él que no sea la resultante de la interacción entre individuo, grupos y clases.

El grupo psicoterapéutico es una entidad, cuya finalidad es la de propiciar cambios o modificaciones en sus miembros, desarrollando para ello determinadas actividades específicas, considerando estas actividades y la interacción de los miembros del grupo entre sí como el principal agente de cambio. El criterio general de la participación a un grupo es el de la presencia de un determinado trastorno emocional que requiera de una acción terapéutica (al rebasar los recursos individuales del individuo y de su sistema de apoyo para enfrentar el mismo) para su resolución.

En la actualidad los grupos psicoterapéuticos se denominan de diferentes formas, según los enfoques, según a quien vaya dirigido y en el contexto donde se realice. Los profesionales de enfermería de salud mental han de adecuar la metodología, el enfoque y el contexto a los pacientes y/o condiciones existentes, tanto como el tipo de proceso que se aborda.

Se pueden clasificar según los criterios:

- Tipos de personas que integran el grupo.
- Procesos particulares que se dan.
- Los mecanismos enfatizados.
- Los estilos de dirección.
- Funcionamiento.
- Marco teórico.
- Metas específicas, etc.

El enfoque grupal psicoterapéutico dependerá de los criterios anteriormente citados, de la orientación y formación del terapeuta, del contexto, recursos etc.

Según la clasificación de Enrique Pichón Rivier, se puede trabajar distinguiendo los grupos en tres enfoques:

- A) Los centrados en el sujeto: Psicoanalíticos, de apoyo, autoayuda centrado en la persona y el grupo es la sumatoria de ellas
- B) Grupo centrado en el grupo: Se mira al grupo, las estructuras, las relaciones, vinculaciones, roles: familiares, sistémicos etc. Técnica que está inspirada en las ideas de Kurt Lewin, en la que se considera al grupo como una totalidad.
- C) Grupos centrados en la tarea: Concepción operativa. Se analiza la relación del grupo con la tarea.

En los grupos se pueden mezclar los tres enfoques si el terapeuta es conocedor y tiene experiencia.

La concepción operativa de grupo, se basa en el proceso de cambio. Operativo significa “obrar”. Se concibe como un conjunto de personas reunidas por constantes de tiempo y espacio y articuladas por su mutua representación interna que se proponen implícita o explícitamente una tarea, la que constituye su finalidad. Se entiende que el grupo como totalidad es el que cura, no la mera relación transferencial con varias personas individuales a la vez. La tarea, sentido del grupo, y la mutua representación interna hecha en relación con la tarea constituyen al grupo como grupo. La tarea es la marcha del grupo hacia su objetivo, es un hacerse y un hacer dialéctico hacia una finalidad, es una praxis y una trayectoria (Pichón, 1970).

Los grupos operativos se definen como grupos centrados en la Tarea. La tarea es el proceso por el cual los integrantes de un grupo recorren un camino superando el aislamiento. El aprendizaje y la resolución de tareas coinciden con la curación creándose un nuevo esquema referencia.

Desde esta concepción, un grupo es un conjunto restringido de personas que ligadas por constantes espacio-temporales y articulado en su mutua representación interna, se propone en forma implícita y explícita una tarea que conforma su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles (Pichón-Rivière, 1977). Donde “el aprendizaje y la resolución de tareas coinciden con la curación creándose un nuevo esquema referencia” (Pichón, 1960).

La intervención Grupal de Enfermería tiene que surgir tras una primera valoración, detección de varios diagnósticos, determinación de objetivos para luego llegar a concluir qué queremos intervenir (NIC) de manera grupal.

En la Nursing interventions classification aparecen todas las intervenciones que se pueden realizar en el ámbito grupal.

- **NIC: 5604 ENSEÑANZA GRUPO.** Desarrollo, puesta en práctica y evaluación de un programa de educación para un grupo de personas que experimentan el mismo problema de salud. Indicada como intervención enfermera hacia grupos de educación sanitaria.
- **NIC: 5450 TERAPIA DE GRUPO.** Aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo, incluida la utilización de interacciones entre los miembros del grupo. Esta es una intervención más específica de la enfermera de salud mental.

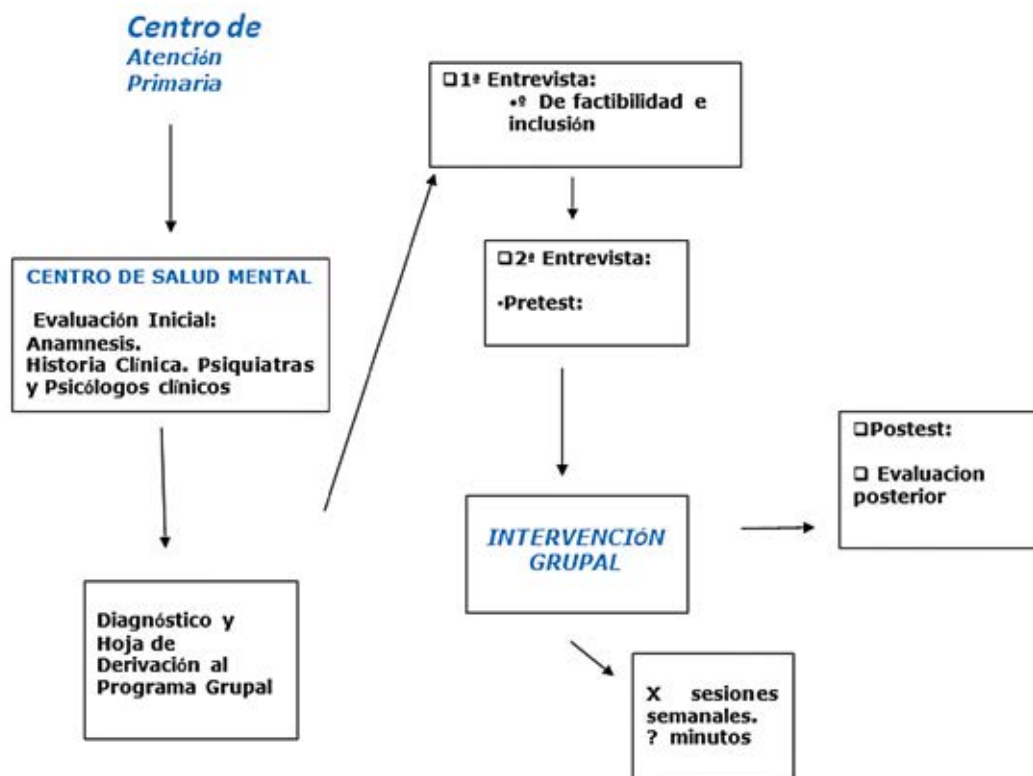
OTRAS INTERVENCIONES FRECUENTES DE POSIBLE INCLUSIÓN EN EL ABORDAJE GRUPAL

- 5250 Apoyo en la toma de decisiones
- 5240 Asesoramiento
- 5510 Educación para la salud
- 5602 Enseñanza proceso de enfermedad
- 4720 Estimulación cognitiva/memoria
- 4340 Entrenamiento en asertividad
- 5840 Entrenamiento autógeno
- 4370 Entrenamiento para controlar impulsos
- 5290 Facilitar el duelo
- 5220 Facilitar el aprendizaje
- 4380 Establecer límites
- 6480 Manejo ambiental
- 4362 Modificación de conducta: Habilidades sociales
- 5400 Potenciación de la autoestima
- 1850 Mejorar el sueño

CIRCUITO DE DERIVACIÓN EN LA INTERVENCIÓN GRUPAL ENFERMERA

La intervención grupal ha de surgir siempre de una necesidad del servicio y las personas que lo conformen han de ser derivadas por sus profesionales de referencia, donde la enfermera que va a realizar la intervención, valorara la factibilidad y los criterios de inclusión/exclusión previos. A continuación, se expone un circuito ejemplo de derivación en un CSM

EJEMPLO DE DERIVACIÓN EN UN CSM PARA LA INTERVENCIÓN GRUPAL ENFERMERA



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

METODOLOGIA PARA ORGANIZAR GRUPOS TERAPEUTICOS

- I. Surge la necesidad: Se ha de reflexionar si realmente es necesario el grupo. ¿Por qué realizar el grupo? ¿Será rentable? ¿Dará respuesta a alguna necesidad o problema clínico? ¿Mejorará la clínica del paciente? ¿Según el plan de cuidados?

Conocer el perfil de la población objeto de intervención grupal: Personas mayores, edad, sexo, grupo social, tipo de patología (personas con trastornos psicóticos, trastorno bipolar, adicción al alcohol...)

- II. Condiciones de factibilidad: Lugar, profesionales, salas, materiales

- III. Responder a las preguntas:

- a. ¿Qué queremos conseguir o cambiar?: Objetivo
- b. Como lo vamos a conseguir: Tipo de grupo, metodología, n.º de sesiones, evaluación etc.
- c. Con quien: Número de asistentes, terapeutas
- d. ¿Dónde? Sala adecuada a los pacientes concretos

IV. Derivación a la enfermería: Diseña EL PROGRAMA

V. Ejecuta el Programa

VI. EVALUACION

DISEÑO DEL PROGRAMA GRUPAL

- Encuadre
- Objetivos
- Población diana (Excluidos)
- Método. Desarrollo de cada sesión
- Resultados
- Evaluación

CONDICIONES DE FACTIBILIDAD

El abordaje grupal dependerá de múltiples factores a la hora de realizar una psicoterapia: De los objetivos que se quiera conseguir, del enfoque de los grupos, de las patologías a los que va dirigida, del perfil de los pacientes (Sexo, procedencia etc.) y de la edad. El terapeuta deberá tener en cuenta los recursos materiales de los que dispone.

Lugar físico: Sala amplia y tranquila. Colchonetas. Sillas. Equipo de música. Material de apoyo.

Personal responsable. Terapeutas con experiencia.

Participación y/o conocimiento del resto del equipo.

Circuito de derivación ágil y directo.

Sistemas de registro: H. C. Entrevistas. Pruebas.

REQUISITOS DEL TERAPEUTA

El rol que desempeña el terapeuta es importante, pues es el encargado de facilitar la interacción de los participantes o miembros del grupo, también de colaborar en el establecimiento de metas y enseñar o guiar al grupo a identificar los problemas que desean examinar dentro de esta terapia

El terapeuta a menudo es un líder, un facilitador de la tarea, propone cambios saludables, impulsa el respeto y la adaptación a las nuevas conductas y nuevas cogniciones.

- Conocer las conductas grupales y las estrategias de liderazgo.
- Creer en la evolución positiva de la enfermedad.
- Proporcionar información precisa sobre el problema a tratar.
- Saber escuchar sin juzgar ni criticar. Contacto visual.
- Estimular la participación de todos los integrantes.
- Facilitar que todos puedan hablar.
- Asegurar que las normas acordadas en el grupo sean respetadas.
- Crear una atmósfera terapéutica (capacidad de contener al grupo).
- Tono de voz claro y audible.
- Ser honesto, abierto, cálido, humano, asertivo, flexible y espontáneo.
- Empatía.
- Sintetizar sin interpretar.

Ejemplo 2. Los pacientes incluidos en programa tendrán historia clínica abierta:

$$\text{Indicador: } \frac{\text{N.º de pacientes con historia clínica}}{\text{N.º total de pacientes}} \times 100$$

Estándar: 90%.

INDICADORES DE PROCESO EN EL ABORDAJE GRUPAL

Pertenencia a la población diana o indicador de asistencia/abandono (asistencia al menos del 70% de las sesiones grupales). Realización de test pre-post

Ejemplo 1. Los pacientes incluidos en programa **pertenecerán a la población diana**:

$$\text{Indicador: } \frac{\text{N.º de pacientes incluidos pertenecientes a la población diana}}{\text{N.º total de pacientes incluidos}} \times 100$$

Ejemplo 2. Los pacientes incluidos en programa deberán acudir al menos al 70% de las sesiones programadas:

$$\text{Indicador } \frac{\text{N.º de pacientes que acuden a las sesiones}}{\text{N.º total de pacientes incluidos}} \times 100$$

Ejemplo 3. A los pacientes incluidos en protocolo se les habrá realizado escalas pre y postcurso:

$$\text{Indicador } \frac{\text{N.º de pacientes ambos test pre y post curso}}{\text{N.º total de pacientes incluidos}} \times 100$$

INDICADORES DE RESULTADO EN EL ABORDAJE GRUPAL

Para valorar la efectividad de la intervención e inferir resultados se pueden utilizar diversas escalas. Una de las más utilizadas es la escala de Hamilton en relación a grupos de relajación en personas con trastorno de ansiedad. Como objetivo podemos plantearnos una disminución de puntuación de un 30% en la misma.

Si es un grupo de apoyo dirigido a personas con depresión y con temas que incidan en los factores de esta enfermedad, administrar la escala GDS con unos objetivos considerados a priori

Efectividad: Disminuir los síntomas psicósomáticos en... y en... de los pacientes incluidos en programa. Se medirá mediante la escala... y... realizadas antes y después del programa de relajación.

Ejemplo 1: HAMILTON: Disminución de la puntuación Post entrenamiento respecto a la puntuación previa al curso, en un porcentaje > 30%

$$\text{Indicador: } \frac{\text{N.º de pacientes que disminuye su puntuación > 30\%}}{\text{N.º total de pacientes incluidos}}$$

Ejemplo 2: GDS-15: Disminución de la media post entrenamiento respecto a la media previa al curso, en un porcentaje > 10%

Indicador:
$$\frac{\text{N.º de pacientes que disminuye su puntuación > 10\%}}{\text{N.º total de pacientes incluidos}}$$

OTROS INDICADORES CON RESPECTO A LOS OBJETIVOS

- de conocimiento de los temas tratados.
- de disminución de los síntomas psicósomáticos.
- de mejora del aislamiento social
- de satisfacción subjetiva del paciente

VENTAJAS DEL ABORDAJE GRUPAL

- Economía de los Recursos: se benefician más pacientes en menos tiempo, utilizando menos recursos humanos.
- La información que se recibe en grupo es mayor, igual o más efectiva que la intervención individual. Las fuentes de experiencias e informaciones se multiplican, proviniendo de profesionales y compañeros
- Más corto porque está focalizado en el trastorno específicamente.
- Amplia red de apoyo social
- El aprendizaje vicario es más productivo. El grupo posibilita nuevas formas de aprendizaje copiado de los demás (Vicario)
- El grupo es un ámbito “protegido” en el cual exponerse.
- Los participantes, se benefician de un feedback rico producido en esa interacción plural.

Cartera de servicios: ACTIVIDADES docentes y de investigación de enfermería

- Docencia alumnos de pregrado y postgrado.
- Enfermera Interna Residente (E.I.R.)
- Sesiones clínicas.
- Participación en proyectos de investigación de las unidades y los hospitales de referencia.

Cartera de servicios: PARTICIPACIÓN en Comisiones

- Asistencia
- Docencia
- Calidad
- Investigación
- Rehabilitación.
- Comisión consultiva de cuidados en la ORCSM.

Cartera de servicios: **ATENCIÓN DOMICILIARIA**

El modelo de atención domiciliaria pretende ser un proceso de atención continuada, integral y multidisciplinario que solventa la necesidad asistencial temporal o permanente cuando la persona presente una incapacidad física y/o funcional o presente algún factor psicosocial que dificulte su accesibilidad para desplazarse al centro de salud mental.

Para desarrollar este tipo de asistencia es fundamental la elaboración de protocolos concretos que perfilen las funciones y tareas a desarrollar por los distintos profesionales que intervienen, así como criterios de inclusión y exclusión, detección de casos y el circuito de demanda, así como los sistemas de coordinación con Atención Primaria.

En Madrid se elabora por el grupo de expertos enfermeros de la Comisión Consultiva de Cuidados de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones, un documento técnico de recomendaciones a través de un Programa donde se pretende recoger las pautas de actuación y recomendaciones a incorporar en la práctica clínica, sobre el proceso clave de la enfermera especialista en salud mental que es la visita domiciliaria. (VD)

PROGRAMA DE VISITA DOMICILIARIA EN LA ENFERMERA ESPECIALISTA DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD DE MADRID. DOCUMENTO TÉCNICO DE RECOMENDACIONES

El cuidado en Salud Mental está enmarcado dentro del modelo de atención integral y holística de la persona, la familia y su entorno. Teniendo en cuenta todos los aspectos biopsicosociales que rodean al ser humano.

A través de los Procesos de Atención de Enfermería, se organizan y prestan los cuidados individualizados y centrados en la respuesta del individuo, con el fin de obtener unos resultados esperados de forma eficiente.

En España la reforma psiquiátrica se produce en el contexto de la reforma global del sistema sanitario y de prestaciones sociales. El marco general para el desarrollo de la reforma aparece en el artículo 20 de la Ley General de Sanidad de 1986 que preconiza la plena integración del enfermo mental en el sistema sanitario general y su equiparación a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales. (Alonso M, Bravo MF, Fernández A, 2004)

Los programas de continuidad de cuidados y sus versiones de tratamiento asertivo comunitario surgieron en EEUU, desde donde se diseminaron a los países anglosajones y posteriormente al resto del mundo. A España llegan a finales de los años ochenta, extendiéndose de manera desigual y con características diferenciales por las distintas Comunidades Autónomas, impulsados por los procesos de reforma psiquiátrica. (Martínez JJ, Peñuelas E.2007)

Estudios internacionales han demostrado que la recuperación de los Trastornos Mentales Graves, se pueden producir cuando se inicia un tratamiento y unos cuidados específicos desde las fases precoces de la enfermedad, atendiendo a los pacientes sin fragmentación entre los diferentes ámbitos asistenciales, asesorando planificando coordinando y evaluando todas las necesidades que surjan en el proceso de su enfermedad, para dar respuesta a las necesidades de salud. Garantizando la continuidad de los cuidados asistenciales y como consecuencia disminuyendo los ingresos hospitalarios.

Los principios básicos del modelo comunitario de atención incluyen: autonomía, continuidad, accesibilidad, atención integral, equidad, recuperación personal, responsabilización y calidad. En este contexto, la visita domiciliaria representa una herramienta clave para la consecución de los objetivos planteados en el modelo.

La visita domiciliaria se contempla como una herramienta fundamental en la atención a los pacientes, con Trastorno Mental Grave, posibilitando el domicilio como un espacio de encuentro terapéutico.

El modelo de atención domiciliaria pretende ser un proceso de atención continuada, integra, humana e individual. Constituido por un equipo multidisciplinario que solventa la necesidad asistencial temporal o permanente cuando la persona presente una incapacidad física y/o funcional o algún factor psicosocial que dificulte su accesibilidad para desplazarse al centro de salud mental. (Marshall M, Lockwood A; 2011)

La visita domiciliaria en Salud Mental se define como la atención proporcionada a los beneficiarios del sistema de salud, portadores de una patología mental y a su familia en el hogar, permitiendo realizar una valoración, seguimiento y atención continua en el domicilio con actividades de prevención y promoción de la salud y actividades de apoyo al paciente, facilitando acercarse a los usuarios en su entorno sociocultural, proporcionando una visión de la realidad del usuario más cercana y una manera diferente de abordar los cuidados, facilitando las acciones terapéuticas propuestas en el hogar (Magno Carvalho C, Rangel E, Sabóia M, Cavalcanti G S.2011). (Castaño Y, Erazo IC, Piedrahita LE 2012)

La relevancia de la atención domiciliaria en salud mental está definida y publicada en diferentes comunidades autónomas (Generalitat Valenciana. 2011) (Aguilera, C. and Heredia C.; 2016) (Junta de Extremadura, 2004)

En el Plan estratégico de Salud Mental 2018-2020, uno de los objetivos de la Línea Estratégica 1 atención y rehabilitación de las personas con trastorno mental grave es mejorar la atención comunitaria a las personas con TMG desde los centros de salud mental y acciones que impulsan el tratamiento asertivo comunitario, con atención domiciliaria por enfermería de Salud Mental. A su vez, dentro de este objetivo se plantean diversos objetivos específicos, entre los cuales esta reforzar los recursos humanos y prestaciones asistenciales de los CSM para avanzar hacia la equidad de la atención comunitaria de las personas con TMG y potenciar los programas de continuidad de cuidados y el desarrollo coordinado de itinerarios de atención integral de las personas con TMG.

La implementación de un programa de enfermería domiciliaria especializada en salud mental estaría recogida en el objetivo 1.1 con el compromiso de la constitución de un grupo de trabajo de enfermería domiciliaria y la identificación de indicadores de seguimiento del programa. Grupo recientemente creado a tal efecto.

La asistencia domiciliaria por parte de enfermería en Salud Mental supone uno de los retos más interesantes para desarrollar la continuidad de cuidados del paciente con patología mental grave de forma integral.(González I., López, O. Herrera, F. 2018).Esta actividad supone un desarrollo para la profesión de enfermería pues se pasa de prestar cuidados en un entorno controlado, la consulta, donde la enfermera conoce bien su contexto, las reglas que lo rigen, los límites y las dificultades que se pueden presentar (teléfono, compañeros que entran, personas que esperan fuera, que tocan en la puerta) a un ámbito desconocido donde los profesionales sanitarios somos meros invitados y donde es el usuario el que está familiarizado con el ambiente.

Algunos estudios muestran evidencia de la efectividad de la visita domiciliar de enfermería en el TMG mostrando resultados como que a) aumenta la adherencia al tratamiento b) incrementa el grado de vinculación a los CSM c) reduce el número de reingresos y los días de reingreso d) aumenta el nivel de calidad de vida de los pacientes, en los aspectos intrapsíquicos, relacionales y de actividades cotidianas. Asimismo, incidiendo favorablemente en la capacidad funcional de los pacientes. (Lluch MT, Checa F, García J, Márquez I, Camarena X, Beltrán JJ et al, 2006)

A nivel teórico y normativo se expone la visita domiciliar de la enfermera de salud mental como una intervención propia e independiente de los profesionales de la enfermería, englobando un conjunto de actividades de carácter social y sanitarias prestadas en el domicilio de la persona, a la vez que promueve y fomenta paralelamente los principios e ideales del actual modelo de atención comunitaria a la salud mental, orientados a la recuperación y la promoción de la autonomía.

Con respecto a los protocolos y tal y como se recoge en los Planes de Salud Mental de nuestra Comunidad (2003-2008 y 2010-2014), así como en la “Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud”, para las personas con TMG se recomienda la utilización de un protocolo individualizado, denominado “Plan de Continuidad de Cuidados” o “Plan integrado de atención”; incorporando el modelo de gestión asistencial integral e integrado, contemplado para el Paciente Crónico (PC) y el Paciente Crónico Complejo (PCC) en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS.

El aumento de profesionales especialistas de enfermería en los CSM, según el Plan estratégico de Salud Mental 2018-2020, permitirá avanzar en la equidad de la atención comunitaria para las personas con TMG, reforzar los Programas de Continuidad de Cuidados (actuaciones 1.1.1.2, 1.1.1.5, 1.1.2.1), promover la detección precoz e Intervención Temprana en personas con TMG (Objetivos 1.1.3, 2.2.3 y 3.1) y contribuir en el desarrollo e implantación de Programas de salud mental de apoyo domiciliario (EASMAD) para niños y adolescentes (objetivo 2.2.3)

Este documento de recomendaciones realizado por la Comisión Consultiva de cuidados de Salud Mental de la ORSM pretende dar respuesta a este compromiso y aportar una visión integradora de la atención domiciliar de la enfermera de Salud Mental, con lo que la visita domiciliar de enfermería de Salud Mental en los CSM quedaría claramente encuadrada en el Plan individualizado e integrado de atención comunitaria de la persona con enfermedad mental.

MARCO TEÓRICO

Según el CIE el “cuidar es el elemento central de la profesión enfermera, y para satisfacer las múltiples necesidades de los usuarios se ha desarrollado disciplinas especializadas, una de las cuales es la enfermería en salud mental”. (International Council of Nurses. Definition of Nursing. 2014)

Enfermería en Salud Mental: “área especializada dentro de la práctica de la enfermería que emplea teorías de comportamiento humano como ciencia y como arte. Está dirigida hacia los impactos preventivos y correctivos sobre los trastornos mentales y sus secuelas, y se preocupa por fomentar una salud mental óptima en nuestra sociedad” (Lluch MT.2004).

La enfermera se integra dentro de los equipos multidisciplinares en los establecimientos de salud mental. BOCAM. (Orden 101/2008, artículo 71).

Existen diferentes modelos teóricos enfermeros en los que la enfermera comunitaria puede orientarse: F. Nightingale, C. Roy; D. Orem; Siendo H Peplau el modelo más cercano principalmente en la enfermería de salud mental pues toma las bases teóricas de las necesidades humanas y del concepto de motivación y desarrollo personal, donde “la relación interpersonal entre enfermera y paciente pueden llevarse a cabo en diferentes ámbitos: hospital, escuela, comunidad, con el objeto de mejorar la salud, aumentar el bienestar y atender a las enfermedades”. (Galvis López, M A.2015).

COMPETENCIAS CON RESPECTO A LA VISITA DOMICILIARIA

Las competencias de los profesionales de enfermería de salud mental (BOE, Orden SPI 2011), están integradas en las 4 funciones de enfermería (Asistencial, docente, investigadora y de gestión), que en relación a la visita domiciliar se extraen más específicamente.

Con respecto a las *competencias asistenciales* destacar la **H: Programar y desarrollar planes de cuidados de enfermería de salud mental en el ámbito comunitario, utilizando la visita domiciliaria como instrumento de intervención terapéutica.**

- Realiza valoración de Enfermería.
- Realiza planes de cuidados de enfermería.
- Ejecuta y evalúa los cuidados teniendo en cuenta los criterios de calidad y seguridad del paciente.
- Respetar los derechos del paciente.
- Trabajar en equipo.
- Ofrecer información a los familiares.
- Coordina y favorece la continuidad entre los diferentes niveles asistenciales, mediante la elaboración del informe de continuidad de cuidados de enfermería.
- Maneja e indica el uso de fármacos y otros productos sanitarios vinculados a los cuidados de enfermería en el ámbito de la salud mental, de acuerdo con la legislación vigente.
- Coordina los cuidados de enfermería que se ofertan cualquiera que sea el dispositivo y nivel de atención a la salud mental en el que se encuentre, supervisando las intervenciones de otros profesionales y el ajuste de las mismas a la planificación de cuidados especializados de salud mental establecidos para cada paciente y/o situación.
- Actúa como gestora de casos en los problemas de salud mental que requieren continuidad de cuidados (por ejemplo, en trastornos mentales graves), manejando la estrategia que haya sido consensuada por el equipo de salud mental.

Con respecto a las *Competencias de Gestión* destacar la **G: Gestionar los recursos humanos disponibles para valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar cuidados de enfermería de salud mental dirigidos a personas, familias y grupos, de acuerdo con el concepto de atención integral, en el marco de la promoción, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de la salud mental, a lo largo del ciclo vital.**

El entorno domiciliario con la persona con enfermedad mental resulta el escenario ideal para para los cuidados de enfermería (Ferreira, A. Tato, J. 2013) (Bertrán JJ, Ayllon L, 2004). Para desarrollar el modelo de *atención domiciliaria* es fundamental la elaboración de protocolos concretos que perfilen las funciones y tareas a desarrollar por los distintos profesionales que intervienen, así como criterios de inclusión y exclusión, detección de casos y el circuito de demanda, así como los sistemas de coordinación con Atención Primaria. (Frías A, Prieto MA, Hederle C, Aceijas C, Calzada M.L, Alcalde AI. 2002).

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE VISITA DOMICILIARIA

Formular recomendaciones para la atención domiciliaria de la enfermera de salud mental.

OBJETIVOS DE LA VISITA DOMICILIARIA

General:

Prestar cuidados integrales e individualizados a las personas susceptibles de asistencia domiciliaria y a sus cuidadores, con el objeto de potenciar al máximo sus capacidades de autocuidado para alcanzar el mayor nivel posible de bienestar e independencia, promoviendo la recuperación y autonomía, y hacerlo de forma coordinada con otros niveles asistenciales.

Específicos:

- Realizar una valoración y plan de cuidados al paciente en su entorno próximo.
- Observar el ambiente social y familiar en el que el paciente convive (habitabilidad de la vivienda, manejo de la vivienda, relaciones familiares y vecinales...).
- Evitar los abandonos del tratamiento y los reingresos. Favorecer la adherencia terapéutica.
- Realizar actividades de educación para la salud con el propio individuo, familia y/o cuidador principal.
- Garantizar un menor número de ingresos y recaídas a través de una atención precoz, integral, periódica y multidisciplinaria.
- Potenciar el vínculo con el profesional.
- Apoyar a la familia y promover fortalezas del entorno familiar. Cuidar al cuidador.

POBLACIÓN DIANA EN LA VISITA DOMICILIARIA

El centro de la atención es la persona con enfermedad mental, pero los beneficiarios de la atención en el ámbito de la Atención Domiciliaria (AD) son el paciente y su entorno familiar (cuidadores).

La enfermedad mental no sólo afecta a los propios pacientes, sino que, muchas veces, tiene una importante repercusión a nivel de sus familiares, que se ven sometidos de forma crónica a situaciones sumamente complejas. Se entiende, por tanto, que la familia es un colaborador asistencial de inestimable valor y que, a su vez, debe ser objeto de apoyo y atención por parte de los profesionales de los sectores sanitario, social y otros dentro del ámbito comunitario.

SITUACIONES QUE REQUIEREN ATENCIÓN DOMICILIARIA

PERSONA CON ENFERMEDAD MENTAL

Se propone tener en cuenta la condición de pacientes vinculados/no vinculados a la red sanitaria.

A. Se entiende por paciente no vinculado:

1. Aquellas personas con enfermedad mental que nunca han estado en contacto con el sistema sanitario por esta causa.
2. Aquellas personas con enfermedad mental que estuvieron atendidos en el CSM, pero que no acuden con regularidad y no ha sido posible mantener una relación estable con los profesionales.

B. Se entiende por paciente vinculado, aquéllos que acuden con regularidad a los CSM y tienen una relación establecida con sus profesionales.

Se podrían dar diferentes situaciones para realizar una Atención Domiciliaria de enfermería en los CSM:

A. En aquellos pacientes no vinculados a la red de salud mental:

1. Persona con problema de salud mental grave valorada por los servicios de emergencias (SUMMA112), de urgencias hospitalarias, por Atención Primaria o por Unidad de Hospitalización Breve que nunca ha contactado con el CSM, que acepta una visita domiciliaria.
2. Persona que ha sido atendida en algún momento en el CSM por un TMG pero que en el momento actual no realiza seguimiento en el mismo y no dispone de Programa de Continuidad de Cuidados en activo y que acepta una visita domiciliaria.

Si se requiriese de una valoración psiquiátrica, la enfermera debería de ir acompañada por un psiquiatra.

B. En pacientes vinculados a la red de salud mental:

1. Persona con TMG en seguimiento regular en el CSM, en la que concurre alguna de estas situaciones:
 - Está incluida en el Programa de Continuidad de Cuidados, presenta dificultades de adhesión al tratamiento y abandonan las citas en consulta.
 - Presenta una situación de incapacidad para acudir al CSM, temporal o permanente, bien por problema somático, de restricción de la movilidad, de barreras arquitectónicas o de cualquier otra índole, y que precisan atención para no interrumpir el proceso de continuidad de cuidados.
 - Precisa atención en el domicilio como parte de su plan integral de tratamiento para implementar su rehabilitación, por ser el domicilio su mejor lugar terapéutico.
2. Personas sin Programa de Continuidad de Cuidados con otros procesos en riesgo de pérdida de continuidad en la transición hospital-domicilio o en su seguimiento.

En estos casos podría acudir la enfermera especialista en Salud Mental que coordine el caso o en el supuesto que un paciente asignado requiera cuidados de enfermería aunque la figura del gestor de casos no recaiga en la enfermera sino en otro profesional, debería acompañar a este profesional con el fin de realizar su propia valoración de enfermería y continuar los cuidados de enfermería que la persona requiere.

FAMILIARES Y CUIDADORES

Los familiares y allegados serían destinatarios indirectos en cuanto a la atención y apoyo que puede facilitar el proceso de recuperación del paciente, siempre y cuando el paciente lo consienta y los familiares también. El domicilio familiar es un espacio de encuentro terapéutico (Martínez S, Díaz T, Bertrán JL, Márquez I, Ayllón L, Checa F, 2003). La visita domiciliaria ayuda a observar el funcionamiento de la familia y paciente en su contexto poniéndonos como facilitadores de los procesos familiares saludables.

Las familias afectadas por el padecimiento de la enfermedad de algunos de sus miembros desempeñan un papel relevante en el proceso de recuperación. La familia necesita herramientas que le posibiliten comprender y resolver las dificultades desde sus propias elaboraciones; y recibir cuidados y atención.

Es fundamental que los profesionales de enfermería respeten los principios de autonomía y privacidad de los pacientes y familiares ofreciéndoles y proporcionándole herramientas para ayudar a las familias y favorecer que la persona afectada vaya progresando en su recuperación. (Ferré C; Rodero V; Cid D; Vives C; Aparicio MR 2020)

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- No aceptación o renuncia expresa.
- Resolución del proceso.
- Cambio de domicilio permanente.
- Derivación a recursos rehabilitadores de carácter residencial.

RECURSOS Y REQUERIMIENTOS

En la Comunidad de Madrid existen diversos dispositivos de atención comunitaria de salud mental centralizados en 37 centros de salud mental, siendo estos el centro de una red integrada, en coordinación con otros recursos sociosanitarios.

El aumento de enfermeras especialistas en los CSM, tras el Plan estratégico de Salud Mental 2018-2020, para avanzar en la equidad de la atención comunitaria para las personas con TMG y reforzar los Programas de Continuidad de Cuidados (Objetivo 1.1.1.2) y 1.1.2.1 del Plan Estratégico 2018-2020, dará un impulso al proceso de atención domiciliar de enfermería como una herramienta útil en el proceso de atención individualizado de la persona con enfermedad mental.

Se considera recomendable:

- La dotación de una organización multidisciplinar, en equipo, con una definición de funciones por especificidad profesional donde el centro de la organización sea el paciente.
- Establecer en las fases previas de la planificación del programa, los recursos humanos y materiales necesarios para su aplicación.
- Crear espacios comunes que favorezcan el trabajo en equipo y la puesta en común.
- Flexibilidad y coordinación interna del equipo.
- Trabajar las aptitudes y la puesta en común del modelo a compartir entre los profesionales “una visión holística de la enfermedad mental”.

Se deberá asegurar la disponibilidad de los recursos habituales para las consultas en domicilio, más los recursos materiales necesarios para ciertas intervenciones susceptibles de ser realizadas tal como maletín para transportar material suficiente (esfigmomanómetro, fonendoscopio, linterna) y material fungible como jeringas, agujas, apósitos, gasas y guantes que permitan administrar los cuidados necesarios al paciente.

Será necesario, en su caso, facilitar los desplazamientos de los profesionales al domicilio por parte de las Direcciones de los diferentes hospitales. Se recomienda, eventualmente, la disponibilidad de teléfono móvil corporativo.

MODELO DE ATENCIÓN

En los últimos años se ha producido importantes cambios en el modelo de salud mental comunitaria, propiciados por:

1. El aumento de la responsabilidad social de los profesionales de la salud mental.
2. La conciencia de los problemas psicosociales que derivó en el rechazo hacia el hospital psiquiátrico al considerarlo como lugar de custodia y segregación social del enfermo; lo que produjo el desarrollo de modelos, como la comunidad terapéutica y el proceso de desinstitucionalización.
3. Rechazo de los conceptos y roles de los modelos de salud y trastorno mental desde una perspectiva de base médica hacia modelos más psicosociales o educativos menos estigmatizantes, que han dado cabida a otros profesionales.
4. Desproporción existente entre la oferta y la demanda de atención en salud mental y, por lo tanto, la necesidad urgente de desarrollar nuevas formas de tratamiento.

Los cuidados comunitarios se crean como una alternativa para personas con trastornos mentales severos previamente institucionalizados. El *programa de continuidad de cuidados* pretende reducir la hospitalización, mejorar el funcionamiento social y la calidad de vida de los pacientes. Para ello se crea la figura del Coordinador de Cuidados de Salud Mental, con especial relevancia centrada en los profesionales de enfermería.

Según la LOPS, artículo 7,2 dice que *“Corresponde a los diplomados Universitarios de Enfermería, la evaluación y prestación de los cuidados, orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”*.

El contacto con el paciente ocurre no sólo en el ámbito Asistencial. Todos los modelos de apoyo comunitario, tienen como objetivo asegurar la continuidad de cuidados, reducir la hospitalización, mejorar el funcionamiento social y la calidad de vida del paciente. (González Rodríguez A, 2011).

Existen varios modelos de abordaje comunitario en la salud mental:

1. Modelo de agencia de servicios (broker case management).
2. Modelo case management (clinical case management).
3. Modelo de fuerzas o capacidades o competencias (strengths model).
4. Modelo rehabilitador.
5. Programa asertivo comunitario (assertive community treatment).

La propuesta de abordaje que se realiza en el presente documento es Programa asertivo comunitario (assertive community treatment) ACT, centrado en una visión holística o integral de la enfermedad mental, en el que se pretende avanzar.

Sus características son:

- Un equipo multidisciplinar lleva a cabo la intervención e incluye al menos un psiquiatra y una enfermera.
- Este equipo proporciona todos los cuidados de forma integrada en vez de derivar a los pacientes a otros programas.
- La responsabilidad de los pacientes es del equipo al completo, no de un solo coordinador de cuidados.
- Las intervenciones se realizan principalmente en la comunidad (en el domicilio, en una cafetería, etc.) y el trabajo de despacho se deja para la planificación y coordinación del equipo.
- El equipo pone énfasis en el adecuado uso de la medicación e intervienen en la prescripción y administración del mismo.
- La figura del Coordinador de cuidados tendrá como funciones:
 - ◊ Coordinar, derivar e integrar a los distintos profesionales y recursos en un programa lo mejor confeccionado posible de acuerdo a las necesidades de cada paciente.
 - ◊ Mantiene la continuidad de la atención al paciente.
 - ◊ Actúa como provisor directo de cuidados.
 - ◊ Vela por la calidad de vida y los derechos de los pacientes.
- En todas las redes de SM debe haber un nivel básico (modelo Case Management Clínico o Programas de Continuidad de Cuidados) que incluya también actividades de rehabilitación específica.
- Las poblaciones especiales (EM sin hogar, primeros episodios, patología dual) requieren modelos de Tratamiento Asertivo Comunitario.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Las actividades generales en la visita domiciliaria (VD) se pueden realizar con un tiempo recomendado/estimado de 120 minutos e incluyen:

- Contacto telefónico previo.
- Recepción y/o acogida del paciente y/o familia.
- Datos generales.

- Realizar una valoración de enfermería mediante los 11 patrones funcionales de M. Gordon (ver apartado de procedimientos donde se valoran las siguiente Patrones:
 - ◊ Percepción-manejo de la salud (Valoración de la actitud del paciente y/familia ante el proceso salud/enfermedad).
 - ◊ Eliminación.
 - ◊ Actividad-ejercicio.
 - ◊ Sueño-descanso.
 - ◊ Cognitivo-perceptual.
 - ◊ Rol, relaciones: ocupaciones, actividades, empleo del tiempo libre, el nivel de socialización; Descripción del domicilio y el entorno. Valoración del uso que hace el paciente y familia de los recursos/servicios sanitarios y sociales.
 - ◊ Sexualidad-Reproducción.
 - ◊ Adaptación-tolerancia al estrés.
 - ◊ Valores y creencias.
- Recogida de síntomas positivos y negativos. Detección de pródromos.
- Elaboración de los planes de cuidados: Identificar los problemas detectados. NANDA, NOC NIC Individualizados.
- Administrar tratamientos farmacológicos.
- Facilitar medicación si lo necesita.
- Coordinación con los diferentes dispositivos socio-sanitarios y AP.
- Informe de enfermería con registro en la historia clínica.

EJEMPLO DE TABLA GUÍA PARA PLAN DE CUIDADOS DE SALUD MENTAL EN LA VISITA DOMICILIARIA. (VD)

PATRON DISFUNCIONAL	COD DIAGNÓSTICO	COD RESULTADOS NOC	COD INTERVENCIONES NIC	ACTIVIDADES

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Actividades principales dirigidas a la familia:

- Observar la estructura familiar y sus roles.
- Valoración de la carga del cuidador. (Test Zarit y Zarit, 1982).
- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.
- Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia.
- Favorecer una relación de confianza con la familia.
- Explicarle en que consiste el problema de salud de la persona a la que cuida.
- Planificar conjuntamente la organización de los cuidados el tiempo de descanso y distracción
- Mantener una actitud comprensiva y empática, sin emitir juicios de valor.
- Favorecer la expresión de sentimientos, ideas, emociones.
- Reconocer la frustración que ocasiona el papel del cuidador.
- Informarle del papel del trabajador social y la ayuda y beneficios que puede proporcionarle.
- Ponerle en contacto con grupos de autoayuda.

PRINCIPALES DIAGNÓSTICOS NANDA NOC NIC Y ACTIVIDADES RELACIONADOS CON LA VISITA DOMICILIARIA.

DIAGNÓSTICOS NANDA FRECUENTES:

00078 GESTIÓN INEFICAZ DE LA PROPIA SALUD: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos.

00002 DESEQUILIBRIO/RIESGO NUTRICIONAL POR EXCESO: Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

00011 ESTREÑIMIENTO: Disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.

00095 INSOMNIO: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño que deteriora el funcionamiento.

00168 ESTILO DE VIDA SEDENTARIO: Expresa tener hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.

00108 DEFICIT DE AUTOCUIDADOS: BAÑO: Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño.

00055 DESEMPEÑO INEFICAZ DEL ROL: Patrón de conducta y expresión propia que no concuerda con el contexto ambiental, las normas y las expectativas.

00146 ANSIEDAD: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma ; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

00150 RIESGO DE SUICIDIO: Vulnerable a una lesión autoinfligida que amenaza la vida.

00119 BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA: Autoevaluación o sentimientos negativos de larga duración sobre uno mismo o sus propias capacidades.

00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: ENFERMEDAD, TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

00052 DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL: Cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social

00060 INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES: Cambio en las relaciones y/o en el funcionamiento familiar

INTERVENCIONES ENFERMERAS:

NIC 5328 VISITAS DOMICILIARIAS DE APOYO: Escuchar de forma empática para comprender con sinceridad la situación del paciente y trabajar de forma colaborativa a lo largo de varias visitas domiciliarias para identificar y elaborar soluciones con el fin de reducir los síntomas depresivos.

NIC 8340 FOMENTAR LA RESILIENCIA: Ayudar a individuos, familias y comunidades en el desarrollo, uso y fortalecimiento de factores protectores para ser utilizados para afrontar factores estresantes ambientales y sociales.

NIC 5230 MEJORAR EL AFRONTAMIENTO: Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.

NIC 5370 POTENCIACIÓN DE ROLES: Ayudar a un paciente, a un ser querido y/o a la familia a mejorar sus relaciones clarificando y complementando las conductas de roles específicos.

NIC 7110 FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR: Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.

NIC 7130 MANTENIMIENTO DE PROCESOS FAMILIARES: Minimizar los efectos de la alteración de los procesos familiares.

NIC 4920 ESCUCHA ACTIVA: Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente

NIC 7110 FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR: Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.

NIC 7320 GESTIÓN DE CASOS: Coordinar la asistencia y defensa de individuos concretos y poblaciones de pacientes en diversos contextos para reducir costes, disminuir el uso de recursos, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y conseguir los resultados deseados.

NIC 6160 INTERVENCIÓN EN CASO DE CRISIS: Utilización de asesoramiento a corto plazo para ayudar al paciente a afrontar una crisis y retomar un estado de funcionamiento mejor o igual al estado previo a la crisis.

NIC 6487 MANEJO AMBIENTAL: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA: Control y manipulación del ambiente físico para disminuir la posibilidad de conductas violentas dirigidas hacia uno mismo, los demás o el ambiente.

NIC 5020 MEDIACIÓN DE CONFLICTOS: Facilitación del diálogo constructivo entre partes opuestas con el objetivo de resolver conflictos de una manera aceptable para ambas partes.

NIC [5370 POTENCIACIÓN DE ROLES: Ayudar a un paciente, a un ser querido y/o a la familia a mejorar sus relaciones clarificando y complementando las conductas de roles específicos.

NIC 4420 ACUERDO CON EL PACIENTE: Negociar un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico.

NIC 5602 ENSEÑANZA PROCESO ENFERMEDAD: Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.

NIC 4360 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA: Promoción de un cambio de conducta.

NIC 4362 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA; HABILIDADES SOCIALES: Ayuda al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales.

NIC 1160 MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL: Recogida y análisis de los datos del paciente referentes a la ingesta nutricional.

NIC 1260 MANEJO DEL PESO: Facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal.

NIC 0430 MANEJO INTESTINAL: Instauración y mantenimiento de un patrón regular de evacuación intestinal.

NIC 1850 MEJORA DEL SUEÑO: Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.

NIC 0200 FOMENTO DEL EJERCICIO: Facilitar regularmente la regulación de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.

NIC 1801 AYUDA PARCIAL EN LOS AUTOCUIDADOS: BAÑO/HIGIENE: Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.

NIC 5250 APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES: Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria.

NIC 5200 POTENCIACIÓN DE LA A AUTOESTIMA: Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.

NIC 5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD: Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.

NIC 5880 TECNICAS DE RELAJACIÓN: Disminución de la ansiedad del paciente que presenta angustia aguda.

NIC 5270 APOYO EMOCIONAL: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

NIC 5616 ENSEÑANZA MEDICAMENTOS PRESCRITOS: Preparar al paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.

NIC 4340 ENTRENAMIENTO DE LA ASERTIVIDAD: Ayuda para la expresión efectiva de sentimientos, necesidades e ideas a la vez que se respetan los derechos de los demás.

NIC 5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO: Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.

NIC 7140 APOYO A LA FAMILIA: Fomento de los valores, intereses y objetivos familiares.

OBJETIVOS Y RESULTADOS:

NOC [2205] RENDIMIENTO DEL CUIDADOR PRINCIPAL: CUIDADOS DIRECTOS: Aporte por el profesional sanitario familiar de cuidados personales y sanitarios apropiados para un miembro de la familia.

NOC[2204] RELACIÓN ENTRE EL CUIDADOR PRINCIPAL Y EL PACIENTE: Interacciones y conexiones positivas entre el cuidador principal y el receptor de los cuidados.

NOC 2609 APOYO FAMILIAR DURANTE EL TRATAMIENTO: Capacidad de la familia para estar presente y proporcionar apoyo emocional a una persona sometida a un tratamiento.

NOC 1601 CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO: Acciones personales para seguir las recomendaciones de un profesional sanitario para una condición de salud específica.

NOC 01813 CONOCIMIENTO RÉGIMEN TERAPEÚTICO: Grado de conocimiento transmitido sobre el régimen terapéutico específico.

NOC 1008 ESTADO NUTRICIONAL INGESTA ALIMENTARIA E HÍDRICA: Capacidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un período de 24 horas.

NOC 1841 CONOCIMIENTO: MANEJO DEL PESO: Grado de conocimiento transmitido sobre la promoción y el mantenimiento del peso corporal óptimo y un porcentaje de grasa compatible con la estatura, el cuerpo, el sexo y la edad.

NOC 1613 AUTOGESTIÓN DE LOS CUIDADOS: Acciones del destinatario de los cuidados para dirigir a otros que ayudan o realizan tareas físicas y a personal de asistencia sanitaria.

NOC 0501 ELIMINACIÓN INTESTINAL: Formación y evacuación de heces.

NOC 0003 DESCANSO: Grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física.

NOC 0004 SUEÑO: Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.

NOC 0005 TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD: Respuesta fisiológica a los movimientos que consumen energía en las actividades diarias.

NOC 0300 CUIDADOS PERSONALES,ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: Acciones personales para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades de cuidado personal independientemente con o sin dispositivo de ayuda.

NOC 0305 AUTOCUIDADOS HIGIENE: Acciones personales para mantener la higiene corporal y un aspecto aseado independientemente con o sin dispositivo de ayuda.

NOC 1402 AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.

NOC 1302 AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

NOC 1205 AUTOESTIMA: Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.

NOC 1614 AUTONOMÍA PERSONAL: Acciones personales de un individuo competente para controlar las decisiones vitales.

NOC 1808 CONOCIMIENTO. MEDICACIÓN: Grado de conocimiento transmitido sobre el uso seguro de la medicación.

NOC 01803 CONOCIMIENTO. PROCESO DE LA ENFERMEDAD: Grado de conocimiento transmitido sobre el proceso de una enfermedad concreta y las complicaciones potenciales.

NOC 01502 HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL: Conductas personales que fomentan relaciones eficaces.

NOC 01503 IMPLICACIÓN SOCIAL: Interacciones sociales con personas, grupos u organizaciones.

NOC 02604 NORMALIZACIÓN FAMILIAR: Capacidad de la familia para desarrollar estrategias para el funcionamiento óptimo cuando uno de sus miembros tiene una enfermedad crónica o discapacidad.

NOC 2205 RENDIMIENTO DEL CUIDADOR PRINCIPAL: CUIDADOS DIRECTOS: Aporte por el profesional sanitario familiar de cuidados personales y sanitarios apropiados para un miembro de la familia.

NOC 2204 RELACIÓN ENTRE EL CUIDADOR PRINCIPAL Y EL PACIENTE: Interacciones y conexiones positivas entre el cuidador principal y el receptor de los cuidados.

NOC 2609 APOYO FAMILIAR DURANTE EL TRATAMIENTO: Capacidad de la familia para estar presente y proporcionar apoyo emocional a una persona sometida a un tratamiento.

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS NANDA EN VISITA DOMICILIARIA:

- Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados.
- Evaluar el nivel de conocimientos del paciente acerca de su enfermedad.
- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
- Facilitar/asesorar en la toma de la medicación prescrita.

- Facilitar la identificación de las conductas alimentarias del paciente.
- Tratar con el paciente la relación entre ingesta/ejercicio/ganancia peso/pérdida.
- Instruir al paciente sobre alimentos de alto contenido en fibra.
- Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas o psicológicas que interrumpen el sueño.
- Comentar técnicas favorecedoras del sueño.
- Ayudar al paciente a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.
- Proporcionar una respuesta positiva a sus esfuerzos.
- Informar del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio.
- Establecer regularidad de días y horarios.
- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y soluciones.
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración.
- Facilitar la respiración lenta, profunda e intencionadamente.
- Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad. Técnicas de relajación.
- Comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Ayudar a identificar lo positivo que tiene.
- Ayudar a confiar en su capacidad para controlar la situación.
- Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros.
- Crear un ambiente que facilite la confianza, atmósfera de aceptación, sin juicios. Animar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en las actividades recreativas.
- Enfatizar la importancia de la capacidad activa de enfrentarse a los problemas.
- Ayudar a explorar el significado personal de las actividades favoritas.
- Fomentar la consideración de las cuestiones y consecuencias de la conducta.
- Ayudar al paciente a identificar los cambios de roles específicos necesarios debido a enfermedades o discapacidades.
- Remitir a programas comunitarios de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación, si procede.

RESULTADOS ESPERADOS DE LA VISITA DOMICILIARIA

DIRIGIDOS AL PACIENTE:

- La aceptación por parte del paciente y familia.
- Establecer una relación de confianza.
- Mejorar la adherencia al tratamiento y al centro.
- Aceptar la medicación o comprobar que se la toma.
- Fomento de las relaciones interpersonales evitando el aislamiento social.
- Mejorar su autoestima.
- Propiciar el máximo desarrollo de sus capacidades (higiene, alimentos, vestido, manejo de dinero, etc.).
- Propiciar habilidades de afrontamiento de las dificultades.

- Facilitar el uso de los recursos comunitarios y/o específicos.
- Conocimiento de su hábitat (casa) y proporcionar apoyo en las deficiencias.

DIRIGIDOS A LA FAMILIA:

- Apoyo y contención a la familia.
- Conocimiento de pautas de manejo tanto a la familia como al paciente.
- Implicación de la familia de una manera adecuada.
- Relación de corresponsabilidad.
- Que conozcan a su profesional de referencia.

DIRIGIDOS A LA COMUNIDAD:

- Conocer la vivienda y el entorno del vecindario.
- Coordinar con los distintos recursos relacionados con el paciente.

DIRIGIDOS A LOS PROFESIONALES.

- Identificar los déficits de autocuidado del paciente
- Disponer de información fidedigna. Conciencia permanente de las dificultades de la actividad (centrados en la persona más que en la enfermedad).
- Apertura permanente a la innovación.
- Preservar la seguridad, autonomía y protección de datos.
- Eliminar el estigma y la idea de la evolución negativa.
- Fortalecer la relación terapéutica.
- Mantener la confidencialidad e intimidad del paciente.

SISTEMA DE REGISTRO EN LA VISITA DOMICILIARIA

Cada visita debe quedar registrada en la historia clínica adecuadamente. El registro debe incluir (ver anexo 3 propuesta de seguimiento)

- Motivo de visita: (causa por la cual el paciente no puede acudir personalmente al Centro de Salud).
- Objetivos de la visita.
- Tipo de la visita domiciliaria -Urgente. Programada. Demanda.
- Quienes realizan la visita.
- Actividades realizadas en la visita domiciliaria.
- Situación sociofamiliar.
- Habitabilidad y manejo de la vivienda.
- Evolución.
- Valoración de *patrones* funcionales (ver tabla 1 1).
- Cumplimiento de recomendaciones/actividades del Plan de cuidados.
- Observaciones.

PROPUESTA REGISTRO SEGUIMIENTO VISITA DOMICILIARIA

Motivo de visita: causa por la que el paciente no puede acudir al CSM	
Objetivos de la visita	
Tipo de la visita domiciliaria -Urgente. Programada. Demanda.	
Quienes realizan la visita.	
Actividades realizadas en la visita domiciliaria.	
Situación sociofamiliar	
Habitabilidad y manejo de la vivienda	
VALORACIÓN <ul style="list-style-type: none"> • De patrones disfuncionales: ver anexo 1. • Plan de cuidados: Cumplimiento de recomendaciones y actividades (anexo 2) 	
Observaciones	

Indicadores sugeridos en la Visita domiciliaria:

$$\frac{\text{N.º de profesionales de enfermería que participan en la Visita Domiciliaria (VD)}}{\text{N.º de profesionales de enfermería del CSM}} \times 100$$

$$\frac{\text{N.º de usuarios captados en el programa de VD}}{\text{Población diana (población estimada susceptible de VD)}} \times 100$$

$$\frac{\text{N.º de visitas realizadas}}{\text{N.º de visitas previstas}} \times 100$$

$$\frac{\text{N.º de pacientes a los que se le realiza valoración integral por patrones}}{\text{N.º de pacientes visitados}} \times 100$$

$$\frac{\text{N.º de pacientes a los que se le realiza Plan de cuidados individualizado}}{\text{N.º de pacientes visitados}} \times 100$$

$$\frac{\text{N.º de Registros/informe de enfermería}}{\text{N.º de pacientes visitados}} \times 100$$

Indicadores de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.

En una primera fase se pretende conocer la dimensión de la AD, en cuanto a actividad y personas (visitas y pacientes) y el perfil de los pacientes atendidos, a través de los siguientes indicadores:

- Prevalencia de pacientes que reciben atención en el domicilio.
- Perfil de paciente que recibe atención a domicilio.
- Visitas domiciliarias.
- Enfermeras de CSM que realizan visita domiciliaria.

Para ello, se evaluó la implantación del programa en el periodo de vigencia del plan a través de la siguiente información:

		<18 años	≥18 años
N.º de personas que han recibido atención domiciliaria en el año de estudio	Hombres		
	Mujeres		
N.º de visitas a domicilio del CSM durante el año de estudio	Hombres		
	Mujeres		
N.º de pacientes vinculados con CSM y en PCC que han recibido atención en domicilio durante el año de estudio			
N.º de pacientes con TMG no vinculados, que estuvieron atendidos en el CSM, pero que no acuden con regularidad, que han recibido atención a domicilio en el año de estudio			
N.º de pacientes con disfuncionalidad mental grave, no vinculados y no conocidos por el CSM que han recibido atención a domicilio			
Procedentes de Urgencias Hospitalarias/UHB			
Procedentes de Atención Primaria/SUMMA112			
Procedentes de otros dispositivos			
N.º de enfermeras del CSM que realizan atención en domicilio			
N.º de enfermeras del CSM			

EVALUACIÓN DEL SERVICIO ENFERMERO

Un servicio enfermero puede ser acreditado:

- Si tiene adaptado un método de valoración de necesidades de cuidados (patrones funcionales)
- Si formula los problemas detectados mediante taxonomía diagnóstica NANDA.
- Si tiene propuesta de objetivos consensuados con el paciente para la atención de sus necesidades; plan individualizado, que incluya criterios de resultados.
- Si dispone de una estructura de planes de cuidados estandarizados para los cuidados más prevalentes.
- Si evalúa todas las fases del Proceso Enfermero (PE).
- Si dispone de un elemento de comunicación como es el informe de enfermería.

CAPITULO II:
MANUAL PARA EL DESARROLLO Y REGISTROS DE PLANES
DE CUIDADOS ENFERMEROS

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Los procedimientos constituyen una guía de acción específica que, junto con la misión, visión, valor, metas, objetivos, políticas, filosofía, aspectos fuertes y débiles, propósitos, producción y finanzas conforman el Proceso de Planificación Estratégica en la gestión y dirección de enfermería, y constituyen los instrumentos de planificación.

En los procesos operativos enfermeros forman parte como herramienta complementaria a los cuidados independientes, de manera que se hace necesario definir y estandarizarlo en aras a una mejor gestión de la variabilidad en la práctica clínica.

La aplicación de técnicas y procedimientos consiste en administrar al paciente con destreza y precisión, las tareas enfermeras necesarias para facilitar el diagnóstico, seguir la evolución de su enfermedad, y garantizar sus necesidades terapéuticas.

Un protocolo supone establecer una metodología, que sirve como norma o guía para abordar un proceso; y está en relación con el tipo de proceso operativo que tomemos de referencia. Trata de ordenar las decisiones clínicas y va a constituir la herramienta que se va a aplicar a la toma de decisiones clínicas para el diseño de una ruta asistencial, sin olvidar que un protocolo es un documento de consenso.

Para la organización de del servicio de enfermería son:

Guías clínicas: Son protocolos multidisciplinares que recogen los diagnósticos y terapias propuestas por los estamentos médico, enfermero, psicólogo, administrativo, social, etc. Se confeccionan para procesos multidepartamentales y se dirigen a grupos homogéneos de pacientes clasificados por diagnósticos médicos.

Planes de cuidados estandarizados integrados: Son protocolos que contienen las necesidades de cuidados de grupos de pacientes sin solución de continuidad entre el hospital y el centro de salud.

Planes de cuidados individualizados: Son intervenciones en los procesos enfermeros donde el plan es único e inequívoco para un usuario a partir de la valoración efectuada por el profesional de enfermería. Se realizan en todos los ámbitos de atención de enfermería: hospital general, centro de salud mental, hospital de día, etc. También pueden contener variantes individuales, fundamentalmente en los casos que haya que gestionar una comorbilidad o complicación asociada que necesite cuidados de enfermería.

El procedimiento exige un formato en el que se tengan en cuenta: la definición, el propósito, los materiales necesarios y cómo localizarlos, la solicitud y la eliminación, las fases a seguir en el procedimiento, los resultados esperados, las precauciones a tomar, las implicaciones legales, las responsabilidades del médico, la enfermera y el paciente, revisión en el tiempo establecido anotando los cambios, ser realista y sencillo de comprender.

La metodología para implementarlo se ha realizado creando grupos específicos dentro de la Comisión Consultiva de Cuidados de Enfermería de la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones de la Comunidad de Madrid. Se trata de validar y aprobar, pero, sobre todo, para la futura implantación, seguimiento y gestión de los mismos, en los distritos y dispositivos sanitarios.

Existe una relación diferente entre técnicas, procedimientos y protocolos a la hora de abordar su confección para que formen parte del presente Manual de Procedimientos. Cuando se va a confeccionar un procedimiento, es oportuno tener una actitud interrogativa que nos ayude a determinar qué trabajo se realiza, cuándo, dónde y cómo debe hacerse. Cuestionarnos algunas preguntas:

- ¿Cuál es el propósito del procedimiento de enfermería?
- ¿Necesita llevarse a cabo? ¿puede suprimirse?

- ¿Quién realiza el trabajo? ¿Puede hacerlo mejor otro profesional? ¿Existe duplicación?
- ¿Pueden combinarse dos o más actividades?
- ¿Se dispone de recursos para llevarlo a cabo?
- ¿Mejorará el procedimiento si se modifica la secuencia temporal?

El presente trabajo se enuncia una vez contestadas todas estas preguntas.

Con lo anteriormente expresado, el presente Manual de Procedimientos pretende:

- Servir de modelo para la elaboración de protocolos y procedimientos en Enfermería de salud mental de Madrid.
- Iniciar la cultura de gestión por procesos, añadiendo a la praxis visión de Gestión Clínica incorporando su cultura a la práctica asistencial.
- Mejorar la calidad asistencial de las actuaciones enfermeras de Salud Mental.
- Aumentar la eficacia de nuestras acciones.
- Consolidar la organización y el trabajo de Enfermería de Salud mental de la Comunidad de Madrid.
- Homogeneizar las prácticas profesionales en Salud Mental.
- Servir como marco de referencia a los trabajadores y alumnos de enfermería de la Red.
- Que el eje central de la actividad paciente/familia reciban los servicios de atención y cuidados según sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales, definidas mediante valoración/evaluación integral, interdisciplinar y científica.
- Ofrecer una Cartera de Servicios en la Enfermería de salud mental del ámbito comunitario.

OBJETIVOS DE LOS PLANES DE CUIDADOS, PROTOCOLOS, O PROCEDIMIENTOS:

- Facilitar a otros profesionales el reconocimiento de servicios que ofrece enfermería.
- Cumplir con uno de los criterios básicos para la acreditación docente de los dispositivos.
- Facilitar la adaptación de otros enfermeros.
- Ofrecer información sobre la *cartera de servicios* que ofrece enfermería.
- Dar respuestas resolutivas en los espacios de intervención y ofrecer cuidados de calidad.

REQUISITOS PARA EL DISEÑO DE LOS PLANES DE CUIDADOS:

- Problemática del paciente basado en los patrones funcionales de salud.
- Causas o factores que contribuyen a la disfunción de los patrones.
- Objetivos terapéuticos.
- Enumeración de diagnósticos de enfermería y factores relacionados.
- Actividades propias. Recomendaciones.

REQUISITOS PARA EL DISEÑO DE PROTOCOLOS GENERALES DE ACTUACIÓN Y GUÍAS DE INFORMACIÓN ESPECÍFICA:

- Definición y justificación.
- Finalidad y objetivos de protocolo.
- Perfil de usuario.
- Plan de intervención.
- Procedimiento y Guía de Información.
- Actividades.
- Recursos.

Proceso de enfermería de salud mental

A continuación, se exponen los pasos a seguir en el Proceso de Enfermería de Salud Mental:

PROCESO DE ORGANIZACIÓN. DINÁMICA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS



El proceso enfermero (PE) describe cómo las enfermeras organizan el cuidado de personas, familias, grupos y comunidades. La ejecución de sus cinco partes permite la humanización e integralidad de los cuidados, ya que tiene en cuenta los intereses y las necesidades que el usuario manifiesta, así como los de sus familiares o personas involucradas en su cuidado.

Representa el eje metodológico fundamental de enfermería para brindar cuidados, este ha evolucionado a una tercera generación, cuyo enfoque en la actualidad recae en los resultados, los esperados y los obtenidos finalmente y su relación con el problema del individuo, todo ello sustentado

en evidencia científica estandarizada; actualmente se consideran así a las taxonomías de la North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA), la Nursing Outcomes Classification (NOC) y la Nursing Interventions Classification (NIC), las cuales se han convertido en lenguajes propios de la disciplina, que son reconocidos y aceptados internacionalmente. (González-Castillo, Monroy-Rojas, 2016).

EL PROCESO ENFERMERO MODIFICADO (HERDMAN, 2013)

Desde hace poco más de dos décadas, Pesut y Herman propusieron la existencia de una tercera generación en el desarrollo del PE, resultado de los cambios en el paradigma y la consolidación del mismo método de enfermería en los sistemas de salud, en la sociedad y los medios educativos; en este sobresale, entre otras cosas, la importancia de ciertas habilidades metacognoscitivas en el profesional de enfermería.

A partir de 1975 y como resultado de la interacción de la ciencia de enfermería con el mundo se instauro el paradigma de transformación, el cual plantea que cada suceso del ámbito de enfermería es único e irrepetible, los cuidados dejan de considerarse producto empírico o necesidades ocasionales y se transforman en actividades altamente complejas por la constante interacción humana.

En el metaparadigma la persona es vista como un ser indisociable de su entorno, posee un autovalor y autosentido de acuerdo a las experiencias vividas, al mismo tiempo que orienta su autocuidado según sus preferencias.

Se considera que la salud mental, “lejos de ser la ausencia de enfermedades y problemas mentales y psíquicos, es por el contrario la percepción y conciencia de ellos y la posibilidad personal y/o colectiva de tratar de solucionarlos, de modificarlos, de intervenir sobre ellos” (Megías-Lizancos, F. y Serrano Parra, M.D., 2009) De tal forma que el posicionamiento y la voluntad de los pacientes cobran su máxima relevancia

Finalmente, el cuidado adquiere una orientación innovadora guiada por conocimientos científicos resultante de las mismas investigaciones profesionales, la enfermera(o) cuida, e identifica, de manera previa, procesos, problemas y establece resultados concretos que se esperarían en cada persona, además de contrastar sus intervenciones con estos mismos resultados.

La implementación de la tercera generación al brindar cuidados supone la enorme capacidad del profesional de enfermería para aplicar habilidades críticas, metacognoscitivas y de pensamiento crítico, que suponen una mayor complejidad, puesto que desarrollarlas implica pensar cuidadosamente en los beneficios obtenidos al enfocar el cuidado en los resultados de enfermería actuales, los esperados y los obtenidos realmente.

Desde el ámbito de la salud mental, es importante no centrar el proceso únicamente en los síntomas sino más bien en las necesidades diferentes de cada uno de los pacientes con su entorno, sus emociones, sus pensamientos, sus decisiones y su familia.

En la actualidad si se los profesionales enfermeros se enfocan en los resultados se favorece el desarrollo de conocimientos propios y asegura la evolución de estándares de cuidados a medida que sus habilidades cognoscitivas aumentan.

En este mismo orden y dirección, se han postulado planteamientos metodológicos innovadores que permiten la vinculación de las taxonomías NANDA-I, NOC y NIC, sin perder el enfoque principal de esta generación del PE, tal es el caso de autores como Pesut con el Modelo de Análisis de Resultado del Estado Actual (Modelo AREA) (Bellido J., 2005) y Rivas con el Modelo Integrativo Metodológico para el Cuidado Enfermero (Espinosa C ; 2011) quienes consideran que la efectividad de los resultados no puede ir desligada de los mismos diagnósticos e intervenciones planteadas, estos autores designan a sus planteamientos como meta-modelos, puesto que su estructura es compatible con cualquier modelo o teoría del cuidado de enfermería, al mismo tiempo que abandonan la perspectiva de resolver problemas paso a paso, para en su lugar fomentar habilidades metacognos-

citivas al considerar un conjunto de problemas al mismo tiempo, con la necesidad de discernir cuál de ellos es el más importante.

Este modelo resulta muy útil a la hora de la priorización de diagnósticos en el plan de cuidados, que algunos autores lo muestran con gráficos que ayuden al profesional a elegir un diagnóstico u otro.

Ejemplo de Gráficos de Priorización de diagnósticos. Red de razonamiento.

En el gráfico 1 se muestran las relaciones diferentes entre diferentes diagnósticos seleccionados tras halladas las disfuncionales del paciente. En el centro el diagnóstico medico (ej., ACV).

GRÁFICO 1: EJ. DE RELACIONES DE DIFERENTES DIAGNÓSTICO



En el gráfico 2 que sigue se establece la relación entre diagnósticos mediante líneas de conexión. Las puntas marcan en que sentido se establece la dirección de la relación.

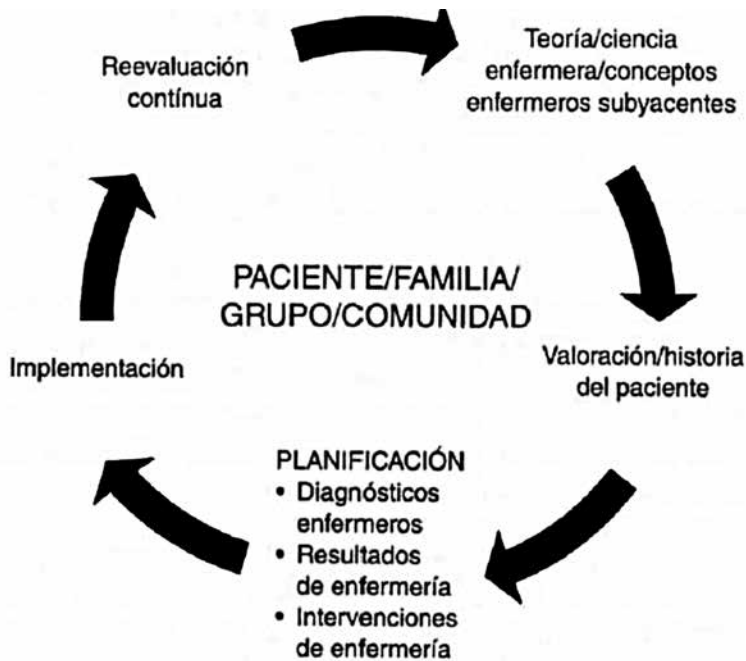
GRÁFICO 2



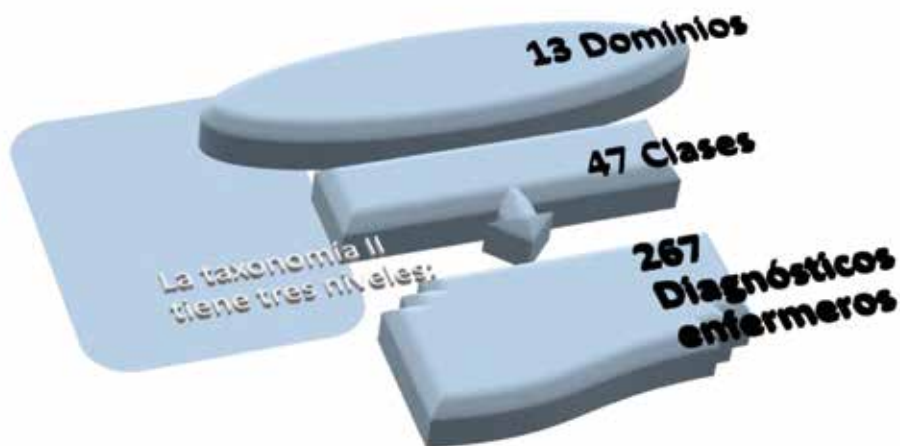
Una vez aplicada la red lógica, aquellos que aparecen señalados con mas número de puntas de flechas se considerarían DE principales y sobre ellos se podría trabajar el futuro plan de cuidados.

Los nuevos modelos de Planificación y ejecución de cuidados recuerdan la importancia de tener un ateoria o constructo subyacente, centrar el trabajo enfermero en el paciente y su entorno. Y considera siempre la continua reevaluación del plan. Como se muestra en el siguiente gráfico

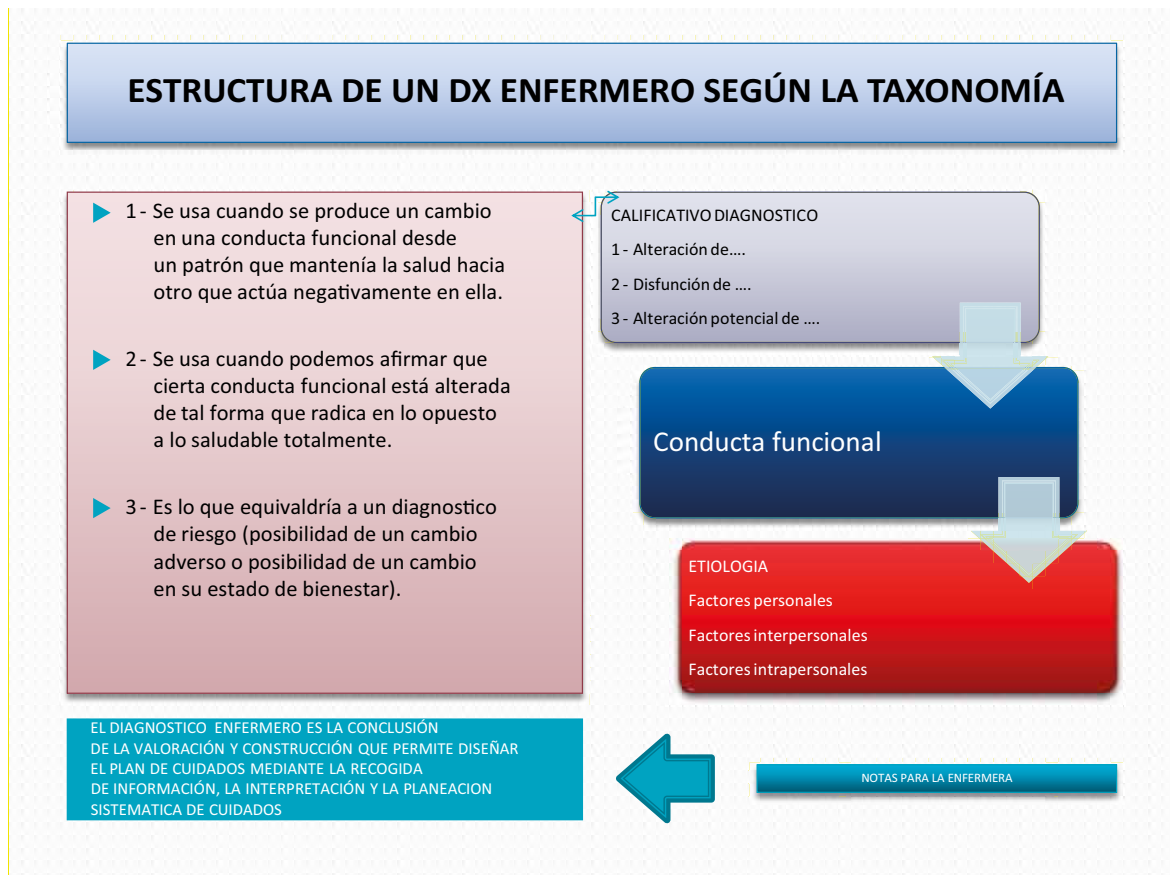
GRÁFICO 3: REEVALUACIÓN CONTINUA DEL PLAN DE CUIDADOS:



En el presente manual, se ha basado en la siguiente estructura de la taxonomía II de Nanda



ESTRUCTURA PARA LA REALIZACIÓN DE UN DIAGNÓSTICO ENFERMERO SEGÚN LA TAXONOMÍA



Valoración funcional de enfermería de salud mental

DATOS GENERALES

FECHA

Nombre: Edad:

Estudios: Situación laboral:

Convive con:

D.º médico:

Tratamiento:

Comienzo y evolución de la enfermedad:

Enfermedades psiquiátricas familiares:

Enfermedades físicas y su tratamiento:

Alergias:

Actitud en la entrevista:

T. A: F. C:

PATRÓN 1: Percepción –Manejo de la salud

Actitud frente a su enfermedad: Aceptación Indiferencia Rechazo Sobrevaloración

- Conciencia de enfermedad: SI NO Parcial
- Conoce su tratamiento: SI NO
- Cumplimiento del tratamiento prescrito: SI NO
- Autonomía: SI NO

Hábitos tóxicos: Tabaco Alcohol Otros

Acude a consultas por su patología física: SI NO irregular

- Acude a su dentista: SI NO
- Acude a revisiones ginecológicas: SI NO

Cuidado de su aspecto (vestido, arreglo personal):

Adecuado Extravagante Descuidado Otros

- Higiene personal: Adecuada Deficiente
- Higiene bucal: Adecuada Deficiente
- Otros:

PATRÓN 2: Nutrición-metabolismo

Peso: Talla: IMC:

Apetito: Normal Aumentado Disminuido

Cantidad ingerida: Normal Aumentada Disminuida

- N.º de veces que come al día, horarios:
- Ingesta hídrica/hidratación:

Actitud frente a la comida: Impulsiva Caprichosa Obsesiva

Otras

Relación consumo/gasto:

Cambios en el peso:

- Actitud frente a su peso:

Alergias, intolerancias:

PATRÓN 3: Eliminación

Eliminación intestinal: frecuencia..... Control Uso de laxantes
Eliminación vesical: frecuencia..... Control
Sudoración: Normal Aumentada Olor
Menstruación: (ver patrón sexualidad)

PATRÓN 4: Actividad-Ejercicio

Comportamiento motor: Adecuado Inquieto Inhibido Agitado
Desinhibido Estereotipias Tics S.E.P
Problemas en la movilidad, uso de ayuda ortopédica:
Ejercicio físico: Regularidad..... Sedentarismo
• Tipo de ejercicio:
Actividades de ocio y tiempo libre:
Tareas domésticas que realiza
Nivel de iniciativa:
Manejo del entorno: Autonomía total Autonomía parcial Dependencia total
Higiene, frecuencia:

PATRÓN 5: Sueño-descanso

Horas de sueño nocturno: **Diurno:**

Alteraciones del sueño: Al inicio Pesadillas Interrumpido
Somnolencia diurna Despertar temprano
Factores que alteran el sueño: Café Horarios desorganizados
Bebidas estimulantes
Otros problemas

Uso de medicación para dormir:
• Sensación al despertar:

PATRÓN 6: Cognitivo-perceptual

Orientación en el TIEMPO: Normal Alterada
“ en el ESPACIO: Normal Alterada
“ de la PERSONA: Normal Alterada
Nivel de conciencia y actitud frente al entorno:..... Normal Hipervigilante
Distraído Fluctuante Somnoliento Confuso
Alteración en la memoria: Reciente Remota
Alteraciones senso-perceptivas:..... SI NO
• Tipo:..... Auditivas Visuales Olfativas Otras

Pensamientos

- Contenido: Coherente Incoherente Organizado
Desorganizado Disgregado Delirante
- Curso: Normal Bloqueos del pensamiento Acelerado Lento

Lenguaje: Normal Obsesivo Habla poco Lento
Acelerado Habla mucho

Atención: Normal Fluctuante Híper vigilante

PATRÓN 7: Auto percepción – autoconcepto

Auto descripción de sí mismo:.....
.....

Sentimientos respecto a sí mismo y sus capacidades:

Inferioridad Rabia Culpa Inutilidad Tristeza
Impotencia Satisfacción Otros

Percepción de la imagen corporal: Aceptada Rechazada

Correspondencia entre su auto percepción y sus capacidades reales:

Ajustada a la realidad Sobrevaloración Exageración de errores y limitaciones

Percepción de exigencias o presiones:

Conductas agresivas y otras alteraciones:

Heteroagresividad Ideas de suicidio Autoagresividad
Intentos autolíticos Otras

Intereses personales:

PATRÓN 8: Rol-relaciones

Nivel de independencia:

- Física:..... SI NO
- Psicosocial: SI NO
- Económica:..... SI NO
- Incapacidad civil: SI NO

Familia, estructura y roles familiares:

Relación con la familia (sentimientos):.....

Dificultades

Rol que desempeña: Sensación de apoyo: SI NO

Respuesta de la familia ante la enfermedad del paciente:

Culpa Desinterés Rabia Ansiedad
Agresividad Preocupación Sobreprotección Apoyo eficaz

Conoce el familiar la enfermedad y su tratamiento: SI NO

Tareas domésticas que realiza:

Personas más significativas y Tº que pasa con ellas

Pertenencia a grupos sociales: SI NO

Dificultades en sus relaciones sociales: SI NO ¿de qué tipo?.....

Relación con los profesionales de la salud:.....

Trabajo: Rol que desempeña:

- Grado de satisfacción:.....
- Relación con los compañeros:.....

Incapacidad laboral: SI NO Pensión

PATRÓN 9: Sexualidad-Reproducción

Valoración de su actividad sexual: Satisfactoria Insatisfactoria Indiferente

Cambios en las relaciones sexuales: Libido Frecuencia Satisfacción

• Sentimientos frente a los cambios:

Problemas con su identidad sexual:

Medios anticonceptivos:

Menstruación:

• Ciclo menstrual:.....Regular Irregular

• Alteraciones:.....Amenorrea Dismenorrea Otras

• Menopausia:.....SI NO

Otros problemas:

PATRÓN 10: Adaptación-tolerancia al estrés

Ansiedad: Sí, moderada Sí, grave NO

Desencadenantes posibles de estrés:

Sentimientos que aparecen: Rabia Impotencia Tristeza

Frustración Otros

Estrategias de control-adaptación: Agresividad Hiperactividad Evitación

Inhibición Alcohol Somatización

Efectividad de las estrategias: Control Control parcial Ineficacia

Duelo:SI NO

PATRÓN 11: Valores y creencias

Valores y creencias habituales en su historia personal y familiar:

Importancia de estos valores:

Metas personales:

Practicante de alguna religión:

Creencias acerca de la enfermedad:

Enfermera referente

DIAGNÓSTICOS NANDA II SEGÚN DOMINIOS/VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE MARJORY GORDON EN SALUD MENTAL

Diagnósticos más frecuentes para la Enfermería de salud mental, utilizando la Taxonomía NANDA II, clasificados desde los 13 dominios y ubicados desde los patrones funcionales de la valoración inicial.

DOMINIO		DIAGNÓSTICO	PATRÓN FUNCIONAL ALTERADO	AUTORES
N.º 1	PROMOCIÓN DE LA SALUD	00043 PROTECCIÓN INEFICAZ	1. PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD	D.ª Claudia González López D. Raúl Orgaz Morales
		00276 AUTOGESTIÓN INEFICAZ DE LA SALUD		
		00292 CONDUCTAS INEFICACES DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD		
		00293 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA AUTOGESTIÓN DE LA SALUD	4. ACTIVIDAD-EJERCICIO	
		00168 ESTILO DE VIDA SEDENTARIO		
		00188 TENDENCIA A ADOPTAR CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD	10. AFRONTAMIENTO – TOLERANCIA AL ESTRÉS	
N.º 2	NUTRICIÓN	00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: Inferior a las necesidades corporales	2. NUTRICIONAL - METABÓLICO	D.ª Mercedes Peña Granger
		00195 RIESGO DE DESEQUILIBRIO ELECTROLÍTICO		
		00232 OBESIDAD		
		00233 SOBREPESO		
		00234 RIESGO DE SOBREPESO		

DOMINIO		DIAGNÓSTICO	PATRÓN FUNCIONAL ALTERADO	AUTORES
N.º 3	ELIMINACION/ INTERCAMBIO	00011 ESTREÑIMIENTO	3. ELIMINACIÓN	D.ª Mónica Morán Rodrigo
		00015 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO		
		00013 DIARREA		
		00196 MOTILIDAD GASTRINTESTINAL DISFUNCIONAL		
		00235 ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL CRÓNICO		
		00236 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL CRÓNICO		
N.º 4	ACTIVIDAD/REPOSO	00095 INSOMNIO	5. SUEÑO-REPOSO	D.ª Ascensión González García
		00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA	4. ACTIVIDAD	
		00182 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO	- EJERCICIO	
		00193 DESCUIDO PERSONAL	7. AUTOPERCEPCIÓN AUTOCONCEPTO	
N.º 5	PERCEPCION/ COGNICION	00051 DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL	ROL-RELACIONES	D.ª María Luisa Luna Navarro
		00126 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS	6. COGNITIVO	
		00128 CONFUSIÓN AGUDA	- PERCEPTIVO	
		00222 CONTROL DE IMPULSOS INEFICAZ	10. AFRONTAMIENTO- TOLERANCIA AL ESTRÉS	

DOMINIO		DIAGNÓSTICO	PATRÓN FUNCIONAL ALTERADO	AUTORES
N.º 6	AUTOPERCEPCIÓN	00118 TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL	7. AUTOPERCEPCIÓN – AUTOCONCEPTO	D. Antonio Miguel Villalba Borrueal
		00119 BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA		
		00121 TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PERSONAL		
		00124 DESESPERANZA		
		00174 RIESGO DE COMPROMISO DE LA DIGNIDAD HUMANA		
		00224 RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA		
		00225 RIESGO DE TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PERSONAL		
		00185 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ESPERANZA	VALORES – CREENCIAS	
N.º 7	ROL/RELACIONES	00052 DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL	8. ROL-RELACIONES	D.ª Mónica Morán Rodrigo D.ª Claudia González López
		00055 DESEMPEÑO INEFICAZ DEL ROL		
		00058 RIESGO DE DETERIORO DE LA VINCULACIÓN		
		00061 CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR(A)		
		00063 PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES		
		00159 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS PROCESOS FAMILIARES		
N.º 8	SEXUALIDAD	00059 DISFUNCIÓN SEXUAL.	9. SEXUALIDAD REPRODUCCIÓN	D.ª Mercedes Peña Granger
		00065 PATRÓN DE SEXUALIDAD INEFICAZ.		

DOMINIO		DIAGNÓSTICO	PATRÓN FUNCIONAL ALTERADO	AUTORES
N.º 9	AFRONTAMIENTO /TOLERANCIA DEL ESTRES	00069 AFRONTAMIENTO INEFICAZ	10. AFRONTAMIENTO - TOLERANCIA AL ESTRES	D. Javier Sanz Calvo
		00071 AFRONTAMIENTO DEFENSIVO		
		00072 NEGACIÓN INEFICAZ		
		00074 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO		
		00141 SÍNDROME POSTRAUMÁTICO		
		00146 ANSIEDAD		
		00177 ESTRÉS POR SOBRECARGA		
		00210 DETERIORO DE LA RESILIENCIA		
		00241 DETERIORO DE LA REGULACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO		
		00260 RIESGO DE TRANSICIÓN MIGRATORIA COMPLICADA		
		00301 DUELO INADAPTADO		
		00199 PLANIFICACIÓN INEFICAZ DE ACTIVIDADES	6. COGNITIVO PERCEPTIVO	
N.º 10	PRINCIPIOS VITALES	00068 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL BIENESTAR ESPIRITUAL	11. VALORES - CREENCIAS	D. Pedro Fernández de Velasco
		00066 SUFRIMIENTO ESPIRITUAL		
		00067 RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL	6. COGNITIVO PERCEPTIVO	D. Javier Nieto Mangudo
		00083 CONFLICTO DE DECISIONES		

DOMINIO		DIAGNÓSTICO	PATRÓN FUNCIONAL ALTERADO	AUTORES
N.º 11	SEGURIDAD/ PROTECCIÓN	00035 RIESGO DE LESIÓN	1. PERCEPCION - MANEJO DE LA SALUD	D. Pedro Fernández de Velasco
		00138 RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS	8. ROL-RELACIONES	
		00139 RIESGO DE AUTOMUTILACION	10. AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS	D. Javier Nieto Mangudo
		00289 RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA		
		00151 AUTOMUTILACION		
		00261 RIESGO DE SEQUEDAD BUCAL	2. NUTRICIONAL-METABÓLICO	
N.º 12	CONFORT	00054 RIESGO DE SOLEDAD	7. AUTOPERCEPCIÓN AUTOCONCEPTO	D.ª Claudia González López
		00132 DOLOR AGUDO	6. COGNITIVO - PERCEPTIVO	
		00214 DISCONFORT		
		00255 SÍNDROME DE DOLOR CRÓNICO	8. ROL - RELACIONES	D.ª Olga San Martín Ruiz
		00053 AISLAMIENTO SOCIAL		
		00183 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL CONFORT		
N.º 13	CRECIMIENTO/ DESARROLLO	0030 RIESGO DE RETRASO EN EL DESARROLLO DEL NIÑO	2. NUTRICIONAL-METABÓLICO	D.ª Mónica Morán Rodrigo

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

CLASE: 1. TOMA DE CONCIENCIA DE LA SALUD 2. GESTIÓN DE LA SALUD	CLASE 1. TOMA DE CONCIENCIA DE LA SALUD <ul style="list-style-type: none"> • Estilo de vida sedentario (00168)
ESCALA NOC: 01. De Gravemente comprometido a No comprometido 12. De Muy débil a Muy intenso. 13. De Nunca demostrado a Siempre demostrado 14. De Grave a Ninguno 20. De Ningún conocimiento a Conocimiento extenso	CLASE 2. GESTIÓN DE LA SALUD <ul style="list-style-type: none"> • Protección ineficaz (00043). • Autogestión ineficaz de la salud (00276) • Conductas ineficaces de mantenimiento de la salud (00292) • Disposición para mejorar la autogestión de la salud (00293) • Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188)
Clases y escala NOC	Diagnósticos enfermeros NANDA II
Patrón Funcional alterado	
1 PERCEPCIÓN – MANEJO DE LA SALUD 4 ACTIVIDAD – EJERCICIO 10 AFRONTAMIENTO – TOLERANCIA DEL ESTRÉS	

D.ª Claudia González López

D. Raúl Orgaz Morales

<p>DIAGNÓSTICO: 00168 ESTILO DE VIDA SEDENTARIO</p> <p>DEFINICIÓN: Estilo de comportamiento adquirido que se caracteriza por actividades durante la horas activas que requieren la utilización de poca energía.</p> <p>DOMINIO: 1 Promoción de la salud</p> <p>CLASE: 1 Toma de conciencia de la salud</p> <p>NECESIDAD: 4 Moverse</p> <p>PATRÓN: 4 Actividad-ejercicio</p>	
<p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad. • Pérdida de la condición física. • Preferencia por actividad física de baja intensidad. 	<p>FACTORES RELACIONADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento insuficiente sobre los beneficios del ejercicio físico. • Interés insuficiente en la actividad física. • Motivación insuficiente para realizar actividad física. • Recursos insuficientes para realizar actividad física.
<p>RESULTADOS NOC. Indicadores.</p> <p>1633 PARTICIPACIÓN EN EL EJERCICIO. Acciones personales para llevar a cabo un régimen autoplanificado, estructurado y repetitivo para mantener o elevar el nivel de condición física y la salud.</p> <p>Indicadores 163301 Planifica el ejercicio adecuado con el profesional sanitario antes de comenzar el ejercicio. 163302 Identifica barreras para el programa de ejercicio. 163303 Establece objetivos realistas a corto plazo. 163304 Establece objetivos realistas a largo plazo. 163327 Se adhiere al programa de ejercicio.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.</p> <p>4310 TERAPIA DE ACTIVIDAD. Prescripción de actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo, así como ayuda con ellas.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas. • Ayudar al paciente a explorar el significado personal de la actividad habitual (p. ej., trabajo) y/o actividades recreativas favoritas. • Ayudar al paciente a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales. <p>200 FOMENTO DEL EJERCICIO. Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios. • Animar al individuo a empezar o continuar con el ejercicio. • Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades. • Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.
<p>00168 ESTILO DE VIDA SEDENTARIO</p>	

<p>DIAGNÓSTICO: 00043 PROTECCIÓN INEFICAZ DEFINICIÓN: Disminución de la capacidad para protegerse de amenazas internas o externas, como enfermedades o lesiones. DOMINIO: 1 Promoción de la salud CLASE: 2 Gestión de la salud NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad PATRÓN: 1 Percepción-manejo de la salud.</p>	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Alteración en la sudoración • Anorexia/Debilidad • Desorientación • Deterioro neurosensorial • Disnea • Fatiga • Inquietud • Insomnio • Respuesta desadaptativa al estrés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mal uso de sustancias • Nutrición inadecuada • Edades extremas • Agente farmacológico • Cáncer • Perfil hematológico anormal • Régimen terapéutico • Trastorno inmunitario
RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>0007 NIVEL DE FATIGA: Gravedad de la fatiga generalizada prolongada observada o descrita.</p> <p>Indicadores 701. Agotamiento 703. Estado de ánimo deprimido 704. Pérdida de apetito 706. Alteración de la concentración 711. Mialgia 716. Actividades instrumentales de la vida diaria 718. Rendimiento del estilo de vida 721. Equilibrio actividad/reposo 714. Nivel de estrés</p> <p>Escala 14: De Grave a Ninguno.</p>	<p>0180 MANEJO DE LA ENERGÍA. Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones. Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo. • Animar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones. • Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente/allegados. • Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según proceda. • Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados. • Controlar la administración y efecto de los estimulantes y sedantes. • Ayudar al paciente a programar períodos de descanso.
DIAGNÓSTICO: 00043 PROTECCIÓN INEFICAZ	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>0901 ORIENTACIÓN COGNITIVA. Capacidad para identificar personas, lugares y tiempo con exactitud.</p> <p>Indicadores 90101 Se autoidentifica 90102 Identifica a los seres queridos 90103 Identifica el lugar donde está 90104 Identifica el día presente 90105 Identifica el mes actual 90106 Identifica el año actual 90107 Identifica la estación actual 90109 Identifica eventos actuales significativos</p> <p>Escala 01: De Gravemente comprometido a No comprometido.</p>	<p>4820 ORIENTACIÓN DE LA REALIDAD. Fomento de la consciencia del paciente acerca de la identidad personal, tiempo y entorno.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción. • Realizar un acercamiento calmado y sin prisas al interactuar con el paciente. • Hacer las preguntas de una en una. • Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempo, si es necesario. • Interrumpir las confabulaciones cambiando de tema o respondiendo al sentimiento o tema, en lugar de al contenido de la manifestación verbal. • Ofrecer psicoeducación a la familia y los allegados respecto a fomentar la orientación de la realidad.
DIAGNÓSTICO: 00043 PROTECCIÓN INEFICAZ	

<p>DIAGNÓSTICO: 00276 AUTOGESTIÓN INEFICAZ DE LA SALUD</p> <p>DEFINICIÓN: Gestión insatisfactoria de los síntomas, tratamiento, consecuencias físicas, psíquicas y espirituales y cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con una afección crónica</p> <p>DOMINIO: 1 Promoción de la salud</p> <p>CLASE: 2 Gestión de la salud</p> <p>NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad</p> <p>PATRÓN: 1 Percepción-manejo de la salud.</p>	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud • Dificultad con el régimen terapéutico prescrito • Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo • Fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social insuficiente • Conflicto de decisiones/conflicto familiar • Conocimiento insuficiente del régimen terapéutico • Demandas excesivas • Dificultad para gestionar un régimen terapéutico complejo • Dificultad para manejarse en sistemas de salud complejos • Impotencia • Número inadecuado de indicaciones para la acción • Patrones familiares de cuidados de salud • Percepción de barreras/beneficios • Percepción de la gravedad del problema • Percepción de la susceptibilidad • En desventaja económica

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1601 CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO. Acciones personales para seguir las recomendaciones de un profesional sanitario para una condición de salud específica</p> <p>Indicadores 160103 Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito 160107. Realiza autocontrol cuando se le indica 160108. Realiza las actividades de la vida diaria según prescripción 160111. Expresa los cambios de síntomas al profesional sanitario</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>4480 FACILITAR LA AUTORRESPONSABILIDAD Animar a un paciente a que asuma más responsabilidad de su propia conducta.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar responsable al paciente de su propia conducta. • Fomentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad. • Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda llevarla a cabo. • Monitorizar el nivel de responsabilidad que el paciente asume. • Fomentar el reconocer las malas conductas, según corresponda. • Establecer límites sobre las conductas manipuladoras. • Facilitar el apoyo de la familia del nuevo nivel de responsabilidad buscado o conseguido por el paciente. • Ayudar en la creación de un horario que guíe el aumento de responsabilidad en el futuro.
<p>1702 CREENCIAS SOBRE LA SALUD: Percepción de control. Convicción personal de que una persona puede influir en el resultado sobre la salud.</p> <p>Indicadores 170201 Responsabilidad percibida sobre decisiones acerca de la salud 170202 Implicación requerida en decisiones sobre la salud 170203 Esfuerzos para conseguir información 170204 Creencia de que las propias decisiones controlan los resultados sobre la salud 170205 Creencia de que las propias acciones controlan los resultados sobre la salud 170206 Voluntad para designar marcadores indirectos de decisión</p> <p>Escala 12: De Muy débil a Muy intenso.</p>	<p>5250 APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES. Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo. • Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo. • Respetar el derecho del paciente a recibir o no información. • Servir de enlace entre el paciente y la familia. • Identificar los obstáculos al cambio de conducta. • Proporcionar información sobre la conducta deseada. • Proporcionar refuerzo positivo y apoyo emocional durante el proceso de aprendizaje y durante la implementación de la conducta. • Fomentar la interacción con otros individuos que consiguen cambiar su conducta con éxito (p. ej., participación en un grupo de apoyo o formación en grupo)
<p>DIAGNÓSTICO: 00276 AUTOGESTIÓN INEFICAZ DE LA SALUD</p>	

<p>DIAGNÓSTICO: 00292 CONDUCTAS INEFICACES DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD</p> <p>DEFINICIÓN: Gestión del conocimiento, actitud y prácticas de salud que subyacen a las acciones de salud, que es insatisfactoria para el mantenimiento o la mejora del bienestar o la prevención de la enfermedad y las lesiones.</p> <p>DOMINIO: 1 Promoción de la salud</p> <p>CLASE: 2 Gestión de la salud</p> <p>NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad</p> <p>PATRÓN: 1 Percepción-manejo de la salud.</p>	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social insuficiente • Ausencia de conductas adaptativas a los cambios del entorno • Ausencia de interés en la mejora de las conductas de salud • Conocimiento insuficiente sobre las prácticas básicas de salud • Incapacidad para responsabilizarse de cumplir con las prácticas básicas de salud • Patrón de ausencia de conductas de búsqueda de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro en la toma de decisiones • Duelo complicado • Estrategias de afrontamiento ineficaces • Habilidades de comunicación ineficaces • Recursos insuficientes • Sufrimiento espiritual
RESULTADOS NOC. Indicadores.	INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.
<p>1602 CONDUCTA DE FOMENTO DE LA SALUD. Acciones personales para mantener o aumentar el bienestar.</p> <p>Indicadores</p> <p>160201 Utiliza conductas para evitar los riesgos. 160202 Supervisa los riesgos de la conducta personal. 160205. Utiliza técnicas efectivas de disminución del estrés 160207. Realiza los hábitos sanitarios correctamente 160214. Sigue una dieta sana 160216 Utiliza un programa de ejercicios eficaz 160217 Evita la exposición a enfermedades infecciosas 160218 Evita el mal uso del alcohol 160219 Evita el uso del tabaco 160220. Evita las drogas de uso recreativo</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>6610 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS. Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de la prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores. • Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones. • Identificar las estrategias de afrontamiento típicas. • Determinar el nivel de funcionamiento pasado y actual. • Fijar objetivos mutuos, si procede. • Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo o el grupo. • Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería. • Aplicar las actividades de reducción del riesgo. • Planificar la monitorización a largo plazo de los riesgos para la salud.
<p>DIAGNÓSTICO: 00292 CONDUCTAS INEFICACES DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1606 PARTICIPACIÓN EN LAS DECISIONES SOBRE LA SALUD. Implicación personal en la selección y la evaluación de opciones de cuidados de salud para conseguir un resultado deseado.</p> <p>Indicadores 160602 Manifiesta autocontrol en la toma de decisiones 160604 Define opciones disponibles 160605 Especifica preferencias de los resultados sanitarios 160607 Identifica obstáculos para conseguir el resultado deseado 160610 Identifica apoyo disponible para conseguir los resultados deseados 160611 Busca servicios para cumplir con los resultados deseados</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>4410 ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS COMUNES. Colaboración con el paciente para identificar y dar prioridad a los objetivos de cuidados y desarrollar luego un plan para alcanzar estos objetivos.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar el reconocimiento por parte del paciente de su propio problema. • Ayudar al paciente a identificar objetivos realistas y asequibles. • Identificar con el paciente los objetivos de los cuidados. • Evitar imponer valores personales al paciente al determinar los objetivos. • Aclarar, junto con el paciente, los papeles del cuidador y del paciente, respectivamente. • Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para cumplir con los objetivos. • Preparar los resultados conductuales para ser utilizados en la escala de consecución de objetivos. • Reevaluar los objetivos y el plan, según corresponda.
<p>1805 CONOCIMIENTO: Conducta sanitaria. Grado de conocimiento transmitido sobre el fomento y la protección de la salud.</p> <p>Indicadores 180501 Prácticas nutricionales saludables. 180502 Beneficios del ejercicio regular. 180503 Estrategias para controlar el estrés 180504 Patrones de sueño-vigilia normales 180506 Efectos adversos sobre la salud del consumo de tabaco 180507 Efectos adversos sobre la salud del consumo de alcohol 180508 Efectos adversos sobre la salud del consumo recreativo de drogas 180509 Uso seguro de la medicación prescrita 180514 Estrategias para prevenir la transmisión de enfermedades infecciosas</p> <p>Escala 20: De Ningún conocimiento a Conocimiento extenso</p>	<p>5510 EDUCACIÓN PARA LA SALUD. Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables. • Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupo diana. • Formular los objetivos del programa de Educación para la salud. • Enseñar estrategias que puedan utilizarse para enfrentarse a conductas insalubres o que entrañen riesgos, en vez de dar consejos para evitar o cambiar la conducta.
<p>DIAGNÓSTICO: 00292 CONDUCTAS INEFICACES DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD</p>	

DIAGNÓSTICO: 00188 TENDENCIA A ADOPTAR CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD DEFINICIÓN: Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud DOMINIO: 1 Promoción de la salud CLASE: 2 Gestión de la salud NECESIDAD: 12 Trabajar/realizarse PATRÓN: 10 Afrontamiento-tolerancia del estrés.	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Fracaso para conseguir sensación óptima de control • Fracaso para emprender acciones que prevengan problemas de salud • Mal uso de sustancias • Minimiza los cambios en el estado de salud • Rechaza los cambios en el estado de salud • Tabaquismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad social • Apoyo social insuficiente • Autoeficacia baja • Comprensión inadecuada • Estrés • Percepción negativa de la estrategia de salud recomendada • Percepción negativa del proveedor de salud
RESULTADOS NOC. Indicadores.	INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.
<p>1302 AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS. Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.</p> <p>Indicadores 130201 Identifica patrones de superación eficaces 130203 Verbaliza sensación de control 130205 Verbaliza aceptación de la situación 130210 Adopta conductas para reducir el estrés 130212 Utiliza estrategias de superación efectivas 130222 Utiliza el sistema de apoyo personal</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>5230 MEJORAR EL AFRONTAMIENTO. Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a descomponer los objetivos complejos en etapas pequeñas y manejables. • Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. • Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. • Evaluar la capacidad del paciente <p>ASESORAMIENTO.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales. <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. • Establecer metas. • Favorecer la expresión de sentimientos. • Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno. • Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos. • Reforzar nuevas habilidades.
DIAGNÓSTICO: 00188 TENDENCIA A ADOPTAR CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1305 MODIFICACIÓN PSICOSOCIAL: Cambio de vida. Respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un acontecimiento importante de la vida.</p> <p>Indicadores 130501 Establece metas realistas. 130508 Identifica múltiples estrategias de superación. 130509 Usa estrategias de superación efectivas. 130511 Expresa satisfacción con la reorganización de la vida. 130513 Utiliza apoyo social disponible. 130514 Participa en actividades recreativas. 130519 Expresa confianza en la gestión del cambio</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>5210 ORIENTACIÓN ANTICIPATORIA. Preparación del paciente para una futura crisis del desarrollo y/o circunstancial.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar la posible aparición de crisis del desarrollo y/o circunstancial y los efectos que tal crisis podría tener en la vida personal y familiar. • Enseñar acerca del desarrollo y comportamiento normales, según corresponda. • Ayudar al paciente a decidir la forma de solucionar el problema. • Ayudar al paciente a identificar los recursos y opciones disponibles, según corresponda. • Ensayar las técnicas necesarias para afrontar la aparición de crisis de desarrollo o circunstancial con el paciente, si resulta adecuado. • Involucrar a la familia/allegados, cuando sea posible.
<p>1902 CONTROL DEL RIESGO: Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables.</p> <p>Indicadores 160205 Utiliza técnicas efectivas de disminución del estrés 160207 Realiza los hábitos sanitarios correctamente 160214. Sigue una dieta sana 160216 Utiliza un programa de ejercicios eficaz 160217 Evita la exposición a enfermedades infecciosas 160218 Evita el mal uso del alcohol 160219 Evita el uso del tabaco 160220 Evita las drogas de uso recreativo</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>6610 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS. Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de la prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisar los antecedentes médicos y los documentos previos para determinar las evidencias de los diagnósticos médicos y de cuidados actuales o anteriores. • Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones. • Identificar las estrategias de afrontamiento típicas. • Determinar el nivel de funcionamiento pasado y actual. • Fijar objetivos mutuos, si procede. • Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería. • Aplicar las actividades de reducción del riesgo. • Planificar la monitorización a largo plazo de los riesgos para la salud.
<p>DIAGNÓSTICO: 00188 TENDENCIA A ADOPTAR CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD</p>	

DIAGNÓSTICO: 00293 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA AUTOGESTIÓN DE LA SALUD

DEFINICIÓN: Patrón de gestión satisfactoria de los síntomas, tratamiento, consecuencias físicas, psíquicas y espirituales y cambios en el estilo de vida inherentes a vivir con una afección crónica, que puede ser reforzado

DOMINIO: 1 Promoción de la salud

CLASE: 2 Gestión de la salud

NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad

PATRÓN: 1 Percepción-manejo de la salud.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Expresa deseo de mejorar el estado de inmunización
- Expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad
- Expresa deseo de mejorar la gestión de los factores de riesgo
- Expresa deseo de mejorar la gestión de los síntomas
- Expresa deseo de mejorar la gestión del régimen terapéutico prescrito
- Expresa deseo de mejorar las elecciones de la vida diaria para alcanzar los objetivos.

RESULTADOS NOC. Indicadores.**1600 CONDUCTA DE ADHESIÓN.**

Acciones autoiniciadas para fomentar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación óptimas.

Indicadores

160001 Pregunta cuestiones

160007 Proporciona razones para adoptar una pauta

160010 Utiliza los servicios de atención sanitaria de forma congruente con las necesidades

160011 Realiza actividades de la vida diaria compatibles con su energía y tolerancia.

160014 Realiza automonitorización

160016 Evalúa la precisión de la información sanitaria recibida

Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.

INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.**5510 EDUCACIÓN PARA LA SALUD.**

Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.

Plan de Cuidados

- Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.
- Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupo diana.
- Formular los objetivos del programa de Educación para la salud.
- Enseñar estrategias que puedan utilizarse para enfrentarse a conductas insalubres o que entrañen riesgos, en vez de dar consejos para evitar o cambiar la conducta.

7400 ORIENTACIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO.

Facilitar al paciente la localización y la utilización de los servicios sanitarios adecuados.

Plan de Cuidados

- Informar al paciente sobre los recursos comunitarios adecuados y las personas de contacto.
- Informar acerca de las implicaciones que supone firmar el formulario de consentimiento.
- Determinar y facilitar la comunicación entre los profesionales sanitarios y el paciente/familia, si es el caso.
- Determinar y facilitar las necesidades de transporte para obtener los servicios de asistencia sanitaria.
- Disponer un sistema de seguimiento con el paciente, según corresponda.

DIAGNÓSTICO: 00293 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA AUTOGESTIÓN DE LA SALUD

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

<p>CLASE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. INGESTIÓN 2. DIGESTIÓN 3. ABSORCIÓN 4. METABOLISMO 5. HIDRATACIÓN <p>ESCALA NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 01. De Gravemente comprometido a No comprometido 02. De Desviación grave del rango normal a Sin desviación del rango normal 06. De Inadecuado a Completamente adecuado 13. De Nunca demostrado a Siempre demostrado 14. De Grave a Ninguno 20. De Ningún conocimiento a Conocimiento extenso 	<p>CLASE 1. INGESTIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obesidad (00232) • Sobrepeso (00233) • Riesgo de sobrepeso (00234) • Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales (00002) <p>CLASE 5. HIDRATACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de desequilibrio electrolítico (00195)
Clases y escala NOC	Diagnósticos enfermeros NANDA II
Patrón Funcional alterado	
2 NUTRICIONAL-METABÓLICO	

D.ª Mercedes Peña Granger

<p>DIAGNÓSTICO: 00232 OBESIDAD DEFINICIÓN: Problema en el cual un individuo acumula un nivel excesivo de grasa para su edad y sexo, que excede los niveles de sobrepeso. DOMINIO: 2 Nutrición. CLASE: 1 Ingestión NECESIDAD: 2 Comer y beber PATRÓN: 2 Nutricional-metabólico</p>	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Adulto: índice de masa corporal (IMC) > 30 kg/m². • NIÑO 2-18 años: índice de masa corporal (IMC) > percentil 95 para la edad y el sexo o > 30 kg/m² para la edad y el sexo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento sedentario durante = 2 horas al día. • Consumo excesivo de alcohol. • Consumo de bebidas azucaradas. • Gasto energético inferior al consumo energético basado en una valoración estándar (p.ej., la valoración WAVE). • La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad. • Percepciones alteradas relacionadas con la comida. • Alteración de la conducta alimentaria.
RESULTADOS NOC. Indicadores.	INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.
<p>1858 CONOCIMIENTO: Manejo del trastorno lipídico. Grado de conocimiento transmitido sobre la hiperlipidemia, su tratamiento y la prevención de complicaciones.</p> <p>Indicadores 185801 Causa y factores contribuyentes. 185802 Signos y síntomas de las complicaciones. 185805 Beneficios de las modificaciones del estilo de vida. 185806 Beneficios de la pérdida de peso. 185807 Beneficios del ejercicio aeróbico. 185808 Dieta prescrita.</p> <p>Escala 20: De Ningún conocimiento a Conocimiento extenso</p>	<p>1160 MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL. Recogida y análisis de los datos del paciente referentes a la ingesta nutricional.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pesar al paciente. • Realizar pruebas de laboratorio y monitorizar los resultados (p. ej., colesterol, albúmina sérica, niveles de electrolitos.....). • Obtener medidas antropométricas de la composición corporal (p. ej. índice de masa corporal, medición de la cintura/pliegues cutáneos). • Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso (es decir, en pacientes pediátricos, marcar la talla y el peso en una gráfica de peso estandarizada). • Revisar otras fuentes de datos relativos al estado nutricional (por ejemplo diario de registros alimentarios). <p>2120 MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA. Prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la glucemia, si está indicado. • Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargo, visión borrosa o cefalea. • Facilitar el seguimiento del régimen de dieta y de ejercicio.
DIAGNÓSTICO: 00232 OBESIDAD	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados</i>
<p>1627 CONDUCTA DE PÉRDIDA DE PESO. Acciones personales para perder peso con dieta, ejercicio y modificación de la conducta.</p> <p>Indicadores 162701 Obtiene información de un profesional sanitario sobre estrategias para perder peso. 162702 Selecciona un peso diana saludable. 162703 Se compromete con un plan para comer de forma saludable. 162705 Controla la ración de alimentos. 162706 Establece una rutina de ejercicio. 162709 Identifica estados emocionales que afectan a la ingesta de alimentos y líquidos. 162712 Utiliza estrategias de modificación de la conducta- 162714 Evita la ingesta de alimentos y líquidos muy calóricos. 162722 Controla el peso corporal.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>1280 AYUDA PARA DISMINUIR EL PESO. Facilitar la pérdida de peso corporal y/o grasa corporal.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el deseo y la motivación del paciente para reducir el peso o grasa corporal. • Determinar con el paciente la pérdida de peso deseada. • Ayudar al paciente a identificar la motivación para comer y las señales externas e internas asociadas con el comer. • Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables. • Desarrollar un plan de comidas con una dieta equilibrada, con pocas calorías y grasas, según corresponda. <p>1100 MANEJO DE LA NUTRICIÓN. Proporcionar y fomentar una ingesta equilibrada de nutrientes.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente sobre las necesidades nutricionales (es decir, comentar las directrices dietéticas y las pirámides de alimentos). • Proporcionar la selección de alimentos con una orientación hacia opciones más saludables, si es necesario. • Asegurarse de que la dieta incluya alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento. • Enseñar al paciente a controlar las calorías y la ingesta dietética (p. ej., diario de alimentos). <p>0200 FOMENTO DEL EJERCICIO. Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios • Animar al individuo a comenzar o continuar con el ejercicio físico. • Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades. • Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio. • Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.
DIAGNÓSTICO: 00232 OBESIDAD	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1622 CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO: Dieta prescrita. Acciones personales para seguir la ingesta de líquidos y alimentos recomendada por un profesional sanitario para un trastorno de salud específico</p> <p>Indicadores 162201 Participa en el establecimiento de objetivos dietéticos alcanzables con un profesional sanitario. 162204 Selecciona raciones compatibles con la dieta prescrita. 162205 Toma alimentos compatibles con la dieta prescrita. 162209 Prepara alimentos y líquidos según las restricciones dietéticas. 162210 Sigue las recomendaciones sobre el número de comidas al día. 162212 Planifica estrategias para situaciones que afectan a la ingesta de alimentos y líquidos.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>4360 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA. Promoción de un cambio de conducta.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la motivación del paciente para un cambio de conducta. • Ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y reforzarlos. • Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por otros deseables. • Ofrecer un refuerzo positivo a las decisiones del paciente que hayan sido tomadas de forma independientes. • Facilitar la implicación familiar en el proceso de modificación, según corresponda. <p>1030 CONTROL DE LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN. Prevención y tratamiento de restricciones severas en la dieta, el ejercicio excesivo y la purga de alimentos y líquidos.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hablar con el paciente y con el equipo para establecer un peso adecuado como objetivo, si el paciente no está dentro del rango de peso recomendado para la edad y estructura corporal. • Ayudar al paciente a examinar y resolver cuestiones personales que puedan contribuir a los trastornos de alimentación. • Controlar el peso del paciente de manera rutinaria. • Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente, y los alimentos preferidos y los alimentos actuales.
DIAGNÓSTICO: 00232 OBESIDAD	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
	<p>5614 ENSEÑANZA: dieta prescrita. Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente, así como los alimentos preferidos y los hábitos alimenticios actuales. • Determinar cualquier limitación económica que pueda afectar a la compra de alimentos • Explicar el propósito de la dieta para la salud en general. • Informe al paciente sobre los alimentos permitidos y los prohibidos. • Ayudar al paciente a incluir las preferencias de alimentos en la dieta prescrita. • Instruir al paciente sobre la forma de planificar las comidas adecuadas.
DIAGNÓSTICO: 00232 OBESIDAD	

DIAGNÓSTICO: 00233 SOBREPESO
DEFINICIÓN: Problema en el cual un individuo acumula un nivel de grasa anormal o excesivo para su edad y sexo.
DOMINIO: 2 Nutrición.
CLASE: 1 Ingestión.
NECESIDAD: 2 Comer y beber
PATRÓN: 2 Nutricional-metabólico

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Adulto: índice de masa corporal (IMC) > 25 kg/m². • NIÑO 2-18 años: índice de masa corporal (IMC) > percentil 95 para la edad y el sexo o > 30 kg/m² para la edad y el sexo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamiento sedentario durante = 2 horas al día. • Consumo excesivo de alcohol. • Consumo de bebidas azucaradas. • Gasto energético inferior al consumo energético basado en una valoración estándar (p.ej., la valoración WAVE). • La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad. • Percepciones alteradas relacionadas con la comida.

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1841 CONOCIMIENTO: Manejo del peso. Grado de conocimiento transmitido sobre la promoción y el mantenimiento del peso corporal óptimo y un porcentaje de grasa compatible con la estatura, el cuerpo, el sexo y la edad.</p> <p>Indicadores 184103 Estrategias para conseguir el peso óptimo. 184105 Relación entre dieta, ejercicio y peso. 184106 Riesgos de salud relacionados con el sobrepeso. 184111 Estrategias para modificar la ingesta de alimentos. 184118 Cambios del estilo de vida para favorecer el peso óptimo. 184129 Técnicas de autocontrol.</p> <p>Escala 20: De Ningún conocimiento a Conocimiento extenso.</p>	<p>1260 MANEJO DEL PESO. Facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia y la pérdida de peso. • Comentar los riesgos asociados con el hecho de estar por encima o por debajo del peso saludable. • Determinar el peso corporal ideal del individuo. • Desarrollar con el individuo un método para llevar un registro diario de ingesta, sesiones de ejercicio y/o cambios en el peso corporal. <p>1280 AYUDA A DISMINUIR EL PESO. Facilitar la pérdida de peso corporal y/o grasa corporal.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar con el paciente la cantidad de pérdida de peso deseada. • Comentar los inconvenientes para ayudar al paciente a superar las dificultades y tener más éxito. • Recompensar al paciente cuando consiga los objetivos. • Establecer un plan realista con el paciente que incluya la disminución de la ingesta de alimentos y el aumento del gasto de energía. • Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables. • Desarrollar un plan de comidas diarias con una dieta bien equilibrada, con pocas calorías y grasas, según corresponda.
DIAGNÓSTICO: 00233 SOBREPESO	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1854 CONOCIMIENTO: Dieta saludable. Grado de conocimiento transmitido sobre una dieta nutritiva y equilibrada.</p> <p>Indicadores 185401 Objetivos dietéticos alcanzables. 185402 Peso personal óptimo 185403 Relación entre dieta, ejercicio y peso. 185405 Ingesta diaria de calorías adecuada para las necesidades metabólicas. 185407 Pautas nutricionales recomendadas. 185411 Recomendaciones dietéticas de grasas saludables, proteínas e hidratos de carbono. 185421 Importancia de distribuir la ingesta de alimentos a lo largo del día. 185422 Estrategias para aumentar el cumplimiento de la dieta. 185424 Estrategias para evitar alimentos con alto valor calórico y poco valor nutricional.</p> <p>Escala 20: De Ningún conocimiento a Conocimiento extenso</p> <p>1008 ESTADO NUTRICIONAL: Ingestión alimentaria y de líquidos. Cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un período de 24 horas.</p> <p>100801 Ingestión alimentaria oral 100803 Ingestión de líquidos orales.</p> <p>Escala 06: De Inadecuado a Completamente adecuado</p>	<p>5246 ASESORAMIENTO NUTRICIONAL. Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. • Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. • Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. • Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional. • Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud (p. ej., pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos), si es necesario, etc. • Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimentarios básicos, así como la percepción de la modificación necesaria de la dieta • Comentar los hábitos de compra de comida y los límites de presupuesto. • Comentar las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada. • Determinar las actitudes y creencias de los allegados acerca de la comida, el comer y el cambio nutricional necesario del paciente. • Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional. <p>5614 ENSEÑANZA: dieta prescrita. Preparación de un paciente para seguir correctamente una dieta prescrita.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los patrones actuales y anteriores de alimentación del paciente, así como los alimentos preferidos y los hábitos alimenticios actuales. • Explicar el propósito de la dieta para la salud en general. • Informe al paciente sobre los alimentos permitidos y los prohibidos. • Instruir al paciente sobre la forma de planificar las comidas adecuadas. • Informar al paciente de las posibles interacciones entre fármacos y alimentos, según el caso.
DIAGNÓSTICO: 00233 SOBREPESO	

DIAGNÓSTICO: 00234 RIESGO DE SOBREPESO

DEFINICIÓN: Susceptible de acumular grasa excesiva para la edad y sexo, que puede comprometer la salud.

DOMINIO: 2 Nutrición.

CLASE: 1 Ingestión.

NECESIDAD: 2 Comer y beber

PATRÓN: 2 Nutricional-metabólico

FACTORES RELACIONADOS

- Adulto: índice de masa corporal (IMC) próximo a 25 kg/m².
- Comportamiento sedentario durante = 2 horas al día.
- Consumo excesivo de alcohol.
- Consumo de bebidas azucaradas.
- Gasto energético inferior al consumo energético basado en una valoración estándar (p.ej., la valoración WAVE).
- La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad.
- Percepciones alteradas relacionadas con la comida.

RESULTADOS NOC. Indicadores.**1854 CONOCIMIENTO: Dieta saludable.**

Grado de conocimiento transmitido sobre una dieta nutritiva y equilibrada.

Indicadores

185403 Relación entre dieta, ejercicio y peso.

185405 Ingesta diaria de calorías adecuada para las necesidades metabólicas.

185407 Pautas nutricionales recomendadas.

185411 Recomendaciones dietéticas de grasas saludables, proteínas e hidratos de carbono.

185421 Importancia de distribuir la ingesta de alimentos a lo largo del día.

185422 Estrategias para aumentar el cumplimiento de la dieta.

185424 Estrategias para evitar alimentos con alto valor calórico y poco valor nutricional.

Escala 20: De Ningún conocimiento a Conocimiento extenso.

INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.**5606 ENSEÑANZA: Individual.**

Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para abordar las necesidades particulares del paciente.

Plan de Cuidados

- Establecer una relación de confianza.
- Determinar las necesidades de enseñanza del paciente.
- Determinar la motivación del paciente para asimilar información específica (creencias sobre la salud, incumplimientos pasados, malas experiencias con cuidados/aprendizaje de salud y metas conflictivas).
- Valorar las capacidades/discapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas.
- Potenciar la disponibilidad del paciente para aprender, según corresponda.
- Seleccionar los métodos/estrategias adecuados de enseñanza del paciente.
- Proporcionar folletos, videos y recursos en línea educativa cuando proceda.
- Reforzar la conducta, si se considera oportuno.
- Corregir las malas interpretaciones de la información según corresponda.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y exprese sus inquietudes.

DIAGNÓSTICO: 00234 RIESGO DE SOBREPESO

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1855 CONOCIMIENTO: Estilo de vida saludable. Grado de conocimiento transmitido sobre un estilo de vida saludable, equilibrado, coherente con los propios valores, fortalezas e intereses.</p> <p>Indicadores 185501 Peso personal óptimo. 185502 Índice de masa corporal óptimo. 185504 Estrategias para mantener una dieta saludable. 185505 Importancia del agua para la adecuada hidratación. 185506 Raciones diarias recomendadas de frutas. 185507 Raciones diarias recomendadas de verduras. 185508 Estrategias para limitar el consumo de grasas saturadas y colesterol. 185514 Estrategias para dejar de fumar. 185516 Beneficios del ejercicio regular. 185530 Efectos adversos para la salud de tener sobrepeso. 185531 Estrategias para mejorar la autoestima. 185532 Estrategias para reducir el estrés.</p> <p>Escala 20: De Ningún conocimiento a Conocimiento extenso.</p>	<p>0200 FOMENTO DEL EJERCICIO. Facilitar regularmente la realización de ejercicio físico.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investigar experiencias deportivas previas. • Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios • Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicio adecuado a sus necesidades. • Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio. • Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal. <p>5510 EDUCACIÓN PARA LA SALUD. Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables. • Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupos. • Enseñar estrategias que puedan utilizarse para enfrentarse a conductas insalubres o que entrañen riesgos, en vez de dar consejos para evitar o cambiar la conducta. <p>5246 ASESORAMIENTO NUTRICIONAL. Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. • Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. • Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos de alimentos básicos, así como la percepción de las modificaciones en la dieta. • Comentar los hábitos de compra de comida y los límites de presupuesto. • Determinar las actitudes y creencias de los allegados acerca de la comida, el comer y el cambio nutricional necesario del paciente.
DIAGNÓSTICO: 00234 RIESGO DE SOBREPESO	

DIAGNÓSTICO: 00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INFERIOR A LAS NECESIDADES CORPORALES**DEFINICIÓN:** Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.**DOMINIO:** 2 Nutrición.**CLASE:** 1 Ingestión.**NECESIDAD:** 2 Comer y beber**PATRÓN:** 2 Nutricional-metabólico

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Aversión hacia los alimentos • Peso corporal inferior en un 20 % o más respecto al rango de peso ideal. • Información insuficiente. • Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas. • Interés insuficiente por los alimentos. • Caída excesiva del cabello. • Cavidad bucal irritada. • Diarrea. • Fragilidad capilar. • Incapacidad percibida para ingerir alimentos. • Saciedad inmediata con la ingesta de alimentos. • Ruidos intestinales hiperactivos. • Tono muscular insuficiente. • Pérdida de peso con consumo adecuado de nutrientes. • Palidez de mucosas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingesta diaria insuficiente. • Trastorno psicológico (problema asociado). • Factores biológicos (población de riesgo). • En desventaja económica (población de riesgo).

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1854 CONOCIMIENTO: Dieta saludable. Grado de conocimiento transmitido sobre una dieta nutritiva y equilibrada.</p> <p>Indicadores 185405 Ingesta diaria de calorías adecuada para las necesidades metabólicas. 185407 Pautas nutricionales recomendadas. 185411 Recomendaciones dietéticas de grasas saludables, proteínas e hidratos de carbono. 185421 Importancia de distribuir la ingesta de alimentos a lo largo del día. 185422 Estrategias para aumentar el cumplimiento de la dieta. 185424 Estrategias para evitar alimentos con alto valor calórico y poco valor nutricional.</p> <p>Escala 20: De Ningún conocimiento a Conocimiento extenso.</p>	<p>5246 ASESORAMIENTO NUTRICIONAL. Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. • Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. • Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos de alimentos básicos, así como la percepción de las modificaciones en la dieta. • Comentar los hábitos de compra de comida y los límites de presupuesto. • Determinar las actitudes y creencias de los allegados acerca de la comida, el comer y el cambio nutricional necesario del paciente.

DIAGNÓSTICO: 00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INFERIOR A LAS NECESIDADES CORPORALES

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1009 ESTADO NUTRICIONAL: Ingestión de nutrientes. Ingestión de nutrientes para satisfacer las necesidades metabólicas.</p> <p>Indicadores 100901 Ingestión calórica. 100902 Ingestión proteica. 100903 Ingestión de grasas. 100904 Ingestión de hidratos de carbono.</p> <p>Escala 06: De <i>Inadecuado a Completamente adecuado.</i></p>	<p>1160 MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL. Recogida y análisis de los datos del paciente referentes a la ingesta nutricional.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar el crecimiento y desarrollo. • Vigilar las tendencias de pérdida y ganancia de peso • Identificar los cambios recientes del peso corporal. • Observar la presencia de náuseas y vómitos.
<p>1411 AUTOCONTROL DEL TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN. Acciones personales para eliminar conductas desadaptativas y adoptar y mantener patrones de alimentación saludables y un peso corporal óptimo.</p> <p>Indicadores 141101 Selecciona un peso diana saludable 141102 Participa en el establecimiento con un profesional sanitario de objetivos dietéticos alcanzables. 141104/05 Establece objetivos de ganancia/pérdida de peso saludables. 141106 Mantiene el progreso hacia un peso diana</p> <p>Escala 13: De <i>Nunca demostrado a Siempre demostrado</i></p>	<p>1030 MANEJO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN. Prevención y tratamiento de restricciones severas en la dieta, el ejercicio excesivo y la purga de alimentos y líquidos.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar y reforzar los conceptos de buena nutrición con el paciente (y allegados, según corresponda). • Desarrollar una relación de apoyo con el paciente. • Fomentar la autovigilancia por parte del paciente de la ingesta diaria de alimentos y la ganancia/mantenimiento del peso, según corresponda. • Animar al paciente a que lleve anotaciones diarias en las que registre sus sentimientos, así como las circunstancias del entorno que le llevan a purgarse, vomitar y/o hacer ejercicio en exceso.
<p>1006 PESO: Masa corporal. Grado en el que el peso, el músculo y la grasa corporal son congruentes con la talla, la constitución, el sexo y la edad.</p> <p>Indicadores 100601 Peso 100602 Grosor del pliegue cutáneo del tríceps. 100606 Porcentaje de grasa corporal. 100607 Percentil del perímetro craneal (niños) 100608 Percentil de la talla (niños) 100609 Percentil del peso (niños)</p> <p>Escala 02: De <i>Desviación grave del rango normal a Sin desviación del rango normal.</i></p>	<p>1260 MANEJO DEL PESO. Facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso. • Determinar el peso corporal ideal del individuo. • Pesar al paciente a los intervalos determinados, según corresponda. <p>1240 AYUDA PARA GANAR PESO. Facilitar el aumento de peso corporal.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar alimentos nutritivos de alto contenido calórico variados para poder seleccionar
<p>DIAGNÓSTICO: 00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INFERIOR A LAS NECESIDADES CORPORALES</p>	

DIAGNÓSTICO: 00195 RIESGO DE DESEQUILIBRIO ELECTROLÍTICO

DEFINICIÓN: Susceptible de cambios en los niveles de electrólitos séricos, que pueden comprometer la salud.

DOMINIO: 2 Nutrición.

CLASE: 5 Hidratación

NECESIDAD: 2 Comer y beber.

PATRÓN: 2 Nutricional-metabólico

FACTOR DE RIESGO

- Conocimiento insuficiente de los factores modificables
- Diarrea
- Volumen de líquidos excesivo
- Volumen de líquidos insuficiente
- Vómitos
- Disfunción de la regulación endocrina (problema asociado)
- Disfunción renal (problema asociado)
- Mecanismos regulatorios comprometidos (problema asociado)
- Régimen terapéutico (problema asociado).

RESULTADOS NOC. Indicadores.

0601 EQUILIBRIO HÍDRICO: Equilibrio de agua en los compartimentos intracelulares y extracelulares del organismo.

Indicadores

- 60101 Presión arterial
- 60106 Hipotensión ortostática.
- 60109 Peso corporal estable
- 60118 Electrólitos séricos
- 60127 Cantidad de orina

Escala 01: De Gravemente comprometido a No comprometido

- 60114 Confusión
- 60123 Calambres musculares

Escala 14: De Grave a Ninguno

INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.**4120 MANEJO DE LÍQUIDOS.**

Mantener el equilibrio de líquidos y prevenir complicaciones derivadas de niveles de líquidos anormales o no deseados.

Plan de Cuidados

- Controlar ingesta de alimentos/líquidos y calcular la ingesta calórica diaria, según corresponda.
- Restringir la ingesta incontrolada de agua en presencia de hiponatremia dilucional con un nivel sérico de Na⁺ por debajo a 130 mEq/l.

0460 MANEJO DE LA DIARREA. Tratamiento y alivio de la diarrea.

Plan de Cuidados

- Evaluar el perfil de la medicación por si hubiera efectos secundarios gastrointestinales.
- Identificar los factores (medicamentos, bacterias y alimentación por sonda) que puedan ocasionar o contribuir a la existencia de la diarrea.
- Enseñar a evitar los laxantes.
- Instruir sobre dietas bajas en fibra, ricas en proteínas y de alto valor calórico, según corresponda.

DIAGNÓSTICO: 00195 RIESGO DE DESEQUILIBRIO ELECTROLÍTICO

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

<p>CLASE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. FUNCIÓN URINARIA 2. FUNCIÓN GASTROINTESTINAL 3. FUNCIÓN TEGUMENTARIA 4. FUNCIÓN RESPIRATORIA <p>ESCALA NOC:</p> <p>01. De Gravemente comprometido a No comprometido</p> <p>06. De Inadecuado a Completamente adecuado</p> <p>13. De Nunca demostrado a Siempre Demostrado</p> <p>14. De Grave a Ninguno.</p> <p>20. De Ningún conocimiento a Conocimiento extenso</p>	<p>CLASE 2. FUNCIÓN GASTROINTESTINAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de estreñimiento (00015) • Motilidad gastrointestinal disfuncional (00196) • Estreñimiento funcional crónico (00235) • Riesgo de estreñimiento funcional crónico (00236). • Estreñimiento (00011) • Diarrea (00013)
Clases y escala NOC	Diagnósticos enfermeros NANDA II
Patrón Funcional alterado	
3 ELIMINACIÓN	

D.ª Mónica Morán Rodrigo

DIAGNÓSTICO: 00015 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO

DEFINICIÓN: Susceptible de evacuación infrecuente o difícil de heces, que puede comprometer la salud.

DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio

CLASE: 2 Función gastrointestinal

NECESIDAD: 3 Eliminación

PATRÓN: 3 Eliminación

FACTOR DE RIESGO	PROBLEMA ASOCIADO
<ul style="list-style-type: none"> • Abuso de laxantes. • Alteración emocional/depresión • Cambios en los hábitos alimentarios. • Cambios recientes en el entorno. • Deshidratación. • Disminución de la motilidad gastrointestinal. • Hábitos de defecación irregulares. • Hábitos de eliminación inadecuados. • Habitualmente reprime la urgencia para defecar. • Ingesta insuficiente de fibra y/o de líquidos. • La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según sexo y edad. • Obesidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dentición inadecuada. • Desequilibrio electrolítico. • Deterioro neurológico. • Embarazo. • Hemorroides. • Sales de hierro. • Tumor.

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>0501 ELIMINACIÓN INTESTINAL. Formación y evacuación de heces.</p> <p>Indicadores 50101 Patrón de eliminación. 50112 Facilidad de eliminación de las heces.</p> <p>Escala 01: De Gravemente comprometido a No comprometido</p> <p>Indicadores 50110 Estreñimiento. 50123 Abuso de ayuda para la eliminación. 50128 Dolor con el paso de las heces.</p> <p>Escala 14: De Grave a Ninguno</p>	<p>440 ENTRENAMIENTO INTESTINAL. Ayudar al paciente a entrenar el intestino para evacuar a intervalos determinados.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificar un programa intestinal personalizado con el paciente y demás personas relacionadas. • Instruir al paciente acerca de alimentos con alto contenido en fibra.
	<p>200 FOMENTO DEL EJERCICIO. Facilitar regularmente la realización de ejercicio físico</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades. • Asegurarse de que se realiza el ejercicio adecuado • Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.

DIAGNÓSTICO: 00015 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1621 CONDUCTA DE ADHESIÓN: Dieta saludable. Acciones autoiniciadas para controlar y optimizar un régimen dietético y nutricional equilibrado</p> <p>Indicadores 162101 Establece objetivos dietéticos alcanzables. 162102 Equilibra la ingesta y las necesidades calóricas. 162104 Utiliza las pautas nutricionales recomendadas para planificar las comidas. 162105 Selecciona alimentos compatibles con las pautas nutricionales recomendadas. 162114 Minimiza la ingesta de alimentos con alto contenido calórico y poco valor nutricional. 162115 Equilibra la ingesta y la eliminación de lípidos.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>5510 EDUCACIÓN PARA LA SALUD. Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables. • Identificar los recursos (personal, espacio, equipo, dinero, etc.) necesarios para llevar a cabo el programa. • Centrarse en los beneficios de salud positivos inmediatos o a corto plazo para conductas de estilo de vida positivas, en lugar de en beneficios a largo plazo o en los efectos negativos derivados de incumplimientos. • Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. <p>5246 ASESORAMIENTO NUTRICIONAL. Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. • Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional. • Identificar el reconocimiento por parte del paciente de su propio problema. <p>4410 ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS COMUNES. Colaboración con el paciente para identificar y dar prioridad a los objetivos de cuidados y desarrollar luego un plan para alcanzar éstos objetivos</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a identificar sus propios puntos fuertes y habilidades. • Ayudar al paciente a identificar objetivos realistas y asequibles. • Identificar con el paciente los objetivos de los cuidados. • Fomentar la aceptación del logro de objetivos parciales. • Valorar el nivel de funcionamiento actual del paciente con respecto a cada objetivo. • Establecer los objetivos en términos positivos.
DIAGNÓSTICO: 00015 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO	

DIAGNÓSTICO: 00196 MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL

DEFINICIÓN: Aumento, disminución, ineficacia o falta de actividad peristáltica en el sistema gastrointestinal.

DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio

CLASE: 2 Función gastrointestinal

NECESIDAD: 3 Eliminación

PATRÓN: 3 Eliminación

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Aceleración del vaciado gástrico. • Cólicos abdominales. • Diarrea. • Dificultades en la eliminación digestiva. • Distensión abdominal. • Dolor abdominal. • Heces duras, formadas. • Náuseas. • Residuo gástricos de color bilioso • Vómitos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Cambio en la fuente de agua. • Cambios en los hábitos alimentarios. • Estrés • Inmovilidad. • Malnutrición. • Preparación no higiénica de los alimentos. • Agente farmacológico. • Envejecimiento. • Diabetes Mellitus • Disminución de la circulación gastrointestinal. • Intolerancia alimentaria. • Régimen terapéutico.

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>0501 ELIMINACIÓN INTESTINAL. Formación y evacuación de heces.</p> <p>Indicadores 50101 Patrón de eliminación. 50112 Facilidad de eliminación de las heces.</p> <p>Escala 01: De Gravemente comprometido a No comprometido</p> <p>Indicadores 50110 Estreñimiento. 50123 Abuso de ayuda para la eliminación. 50128 Dolor con el paso de las heces.</p> <p>Escala 14: De Grave a Ninguno</p>	<p>440 ENTRENAMIENTO INTESTINAL. Ayudar al paciente a entrenar el intestino para evacuar a intervalos determinados.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificar un programa intestinal personalizado con el paciente y demás personas relacionadas. • Instruir al paciente acerca de alimentos con alto contenido en fibra. • Asegurar una ingesta adecuada de líquidos. <p>200 FOMENTO DEL EJERCICIO. Facilitar regularmente la realización de ejercicio físico</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios. • Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades. • Asegurarse de que se realiza el ejercicio adecuado • Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio. • Controlar la respuesta del individuo al programa de ejercicios
DIAGNÓSTICO: 00196 MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1015 FUNCIÓN GASTROINTESTINAL Capacidad del tracto gastrointestinal para ingerir y digerir alimentos, absorber nutrientes y eliminar productos de deshecho</p> <p>Indicadores 50110 Estreñimiento. 50123 Abuso de ayuda para la eliminación. 50128 Dolor con el paso de las heces. 101513 Dolor abdominal. 101536 Estreñimiento</p> <p>Escala 14: De Grave a Ninguno</p>	<p>450 MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO/IMPACTACIÓN FECAL. Prevención y alivio del estreñimiento/impactación fecal</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento y/o impactación fecal. • Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo. • Evaluar la medicación para ver si hay efectos secundarios gastrointestinales. • Aconsejar al paciente que consulte con un médico si el estreñimiento o la impactación fecal persisten. <p>460 MANEJO DE LA DIARREA. Tratamiento y alivio de la diarrea</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar historia de la diarrea. • Evaluar el perfil de la medicación por si hubiera efectos secundarios gastrointestinales.
DIAGNÓSTICO: 00196 MOTILIDAD GASTROINTESTINAL DISFUNCIONAL	
<p>DIAGNÓSTICO: 00235 ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL CRÓNICO DEFINICIÓN: Evacuación infrecuente o difícil de heces, mantenida al menos durante tres de los doce meses previos. DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio CLASE: 2 Función gastrointestinal NECESIDAD: 3 Eliminación PATRÓN: 3 Eliminación</p>	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor a la defecación. • Distensión abdominal. • Esfuerzo prolongado. • Un episodio de Incontinencia fecal semanal (en niños). • Masa abdominal palpable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agente farmacológico. • Depresión. • Baja ingesta calórica. • Deshidratación. • Dieta desproporcionadamente alta en grasas. • Dieta desproporcionadamente alta en proteínas. • Dieta baja en fibra. • Habitualmente reprime la urgencia por defecar. • Ingesta diaria insuficiente. • Deterioro de la movilidad. • Estilo de vida sedentario. • Ingesta insuficiente de líquidos.

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>0501 ELIMINACIÓN INTESTINAL. Formación y evacuación de heces.</p> <p>Indicadores 50101 Patrón de eliminación. 50112 Facilidad de eliminación de las heces. 50121 Eliminación fecal sin ayuda</p> <p>Escala 01: <i>De Gravemente comprometido a No comprometido</i></p> <p>Indicadores 50110 Estreñimiento. 50123 Abuso de ayuda para la eliminación. 50128 Dolor con el paso de las heces.</p> <p>Escala 14: <i>De Grave a Ninguno</i></p>	<p>440 ENTRENAMIENTO INTESTINAL. Ayudar al paciente a entrenar el intestino para evacuar a intervalos determinados.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificar un programa intestinal personalizado con el paciente y demás personas relacionadas. • Asegurar una ingesta adecuada de líquidos. • Instruir al paciente acerca de alimentos con alto contenido en fibra. • Asegurarse de que se realiza el ejercicio adecuado <p>200 FOMENTO DEL EJERCICIO. F acilitar regularmente la realización de ejercicio físico</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades. • Explorar obstáculos para el ejercicio. • Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio. • Ayudar a identificar un modelo de rol positivo para el mantenimiento del programa de ejercicios. • Ayudar al individuo a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios.
<p>DIAGNÓSTICO: 00235 ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL CRÓNICO</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1008 ESTADO NUTRICIONAL: Ingestión alimentaria y de líquidos Cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un periodo de 24 horas</p> <p>Indicadores 100801 Ingestión alimentaria oral. 100803 Ingestión de líquidos orales.</p> <p>Escala 06: De <i>Inadecuado a Completamente adecuado</i></p>	<p>5246 ASESORAMIENTO NUTRICIONAL Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios. • Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimenticios básicos, así como la percepción de la modificación necesaria de la dieta. • Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. • Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud (p. ej., pérdida de peso, ganancia de peso, restricción del sodio, reducción del colesterol, restricción de líquidos). • Revisar con el paciente la medición de ingesta y eliminación de líquidos, valores de hemoglobina, lecturas de presión arterial o ganancias y pérdidas de peso. • Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.
DIAGNÓSTICO: 00235 ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL CRÓNICO	
<p>DIAGNÓSTICO: 00236 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL CRÓNICO DEFINICIÓN: Susceptible de una disminución en la frecuencia normal de defecación acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces, que puede comprometer la salud</p> <p>DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio CLASE: 2 Función gastrointestinal NECESIDAD: 3 Eliminación PATRÓN: 3 Eliminación</p>	
FACTOR DE RIESGO	PROBLEMA ASOCIADO
<ul style="list-style-type: none"> • Abuso de laxantes. • Alteración emocional/Depresión. • Cambios en los hábitos alimentarios. • Cambios recientes en el entorno. • Confusión • Deshidratación. • Disminución de la motilidad gastrointestinal. • Hábitos de defecación irregulares. • Hábitos de eliminación inadecuados. • Habitualmente reprime la urgencia para defecar. • Higiene oral inadecuada. • Ingesta insuficiente de fibra y/o líquidos. • La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según sexo y edad • Obesidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dentición inadecuada. • Desequilibrio electrolítico. • Deterioro neurológico. • Embarazo. • Hemorroides. • Sales de hierro. • Tumor.

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>0501 ELIMINACIÓN INTESTINAL. Formación y evacuación de heces.</p> <p>Indicadores 50101 Patrón de eliminación. 50112 Facilidad de eliminación de las heces.</p> <p>Escala 01: <i>De Gravemente comprometido a No comprometido</i></p> <p>Indicadores 50110 Estreñimiento. 50123 Abuso de ayuda para la eliminación. 50128 Dolor con el paso de las heces.</p> <p>Escala 14: <i>De Grave a Ninguno</i></p>	<p>440 ENTRENAMIENTO INTESTINAL. Ayudar al paciente a entrenar el intestino para evacuar a intervalos determinados.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planificar un programa intestinal personalizado con el paciente y demás personas relacionadas. • Instruir al paciente acerca de alimentos con alto contenido en fibra. • Asegurarse de que se realiza el ejercicio adecuado <p>200 FOMENTO DEL EJERCICIO. Facilitar regularmente la realización de ejercicio físico</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades. • Asegurarse de que se realiza el ejercicio adecuado • Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
<p>DIAGNÓSTICO: 00236 RIESGO DE ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL CRÓNICO</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1855 CONOCIMIENTO: Estilo de vida saludable. Grado de conocimiento transmitido sobre un estilo de vida saludable, equilibrado, coherente con los propios valores, fortalezas e intereses.</p> <p>Indicadores 185501 Peso personal óptimo. 185502 Índice de masa corporal óptimo. 185504 Estrategias para mantener una dieta saludable. 185505 Importancia del agua para la adecuada hidratación. 185506 Raciones diarias recomendadas de frutas. 185507 Raciones diarias recomendadas de verduras. 185508 Estrategias para limitar el consumo de grasas saturadas y colesterol. 185514 Estrategias para dejar de fumar. 185516 Beneficios del ejercicio regular. 185530 Efectos adversos para la salud de tener sobrepeso. 185531 Estrategias para mejorar la autoestima. 185532 Estrategias para reducir el estrés.</p> <p>Escala 20: De Ningún conocimiento a Conocimiento extenso.</p>	<p>0200 FOMENTO DEL EJERCICIO. Facilitar regularmente la realización de ejercicio físico.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investigar experiencias deportivas previas. • Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios • Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicio adecuado a sus necesidades. • Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio. • Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal. <p>5510 EDUCACIÓN PARA LA SALUD. Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables. • Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupos. • Enseñar estrategias que puedan utilizarse para enfrentarse a conductas insalubres o que entrañen riesgos, en vez de dar consejos para evitar o cambiar la conducta. <p>5246 ASESORAMIENTO NUTRICIONAL. Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. • Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. • Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos de alimentos básicos, así como la percepción de las modificaciones en la dieta. • Comentar los hábitos de compra de comida y los límites de presupuesto. • Determinar las actitudes y creencias de los allegados acerca de la comida, el comer y el cambio nutricional necesario del paciente.
<p>DIAGNÓSTICO: 00235 ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL CRÓNICO</p>	

DIAGNÓSTICO: 00011 ESTREÑIMIENTO DEFINICIÓN: Evacuación de heces infrecuente o con dificultad. DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio CLASE: 2 Función gastrointestinal NECESIDAD: 3 Eliminación PATRÓN: 3 Eliminación	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> Evidencia de síntomas en los criterios estandarizados de diagnóstico Heces duras Heces grumosas Necesidad de maniobras manuales para facilitar la defecación Eliminación de menos de tres defecaciones por semana Sensación de obstrucción anorrectal Sensación de evacuación incompleta Esfuerzo excesivo en la defecación 	<ul style="list-style-type: none"> Alteración de la rutina regular La actividad física diaria media es inferior a la recomendada según el sexo y la edad Disfunción cognitiva Habitualmente reprime la urgencia para defecar Deterioro de la movilidad física Conocimiento insuficiente de los factores modificables Hábitos de eliminación inadecuados Ingesta insuficiente de fibra/líquidos Intimidación insuficiente Estresores Uso inadecuado de sustancias
RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
0501 ELIMINACIÓN INTESTINAL. Formación y evacuación de heces. <i>Indicadores</i> 50101 Patrón de eliminación. 50112 Facilidad de eliminación de las heces. <i>Escala 01: De Gravemente comprometido a No comprometido</i> <i>Indicadores</i> 50110 Estreñimiento. 50123 Abuso de ayuda para la eliminación. 50128 Dolor con el paso de las heces. <i>Escala 14: De Grave a Ninguno</i>	440 ENTRENAMIENTO INTESTINAL. Ayudar al paciente a entrenar el intestino para evacuar a intervalos determinados. <i>Plan de Cuidados</i> <ul style="list-style-type: none"> Planificar un programa intestinal personalizado con el paciente y demás personas relacionadas. Instruir al paciente acerca de alimentos con alto contenido en fibra. Asegurarse de que se realiza el ejercicio adecuado.
	200 FOMENTO DEL EJERCICIO. Facilitar regularmente la realización de ejercicio físico <i>Plan de Cuidados</i> <ul style="list-style-type: none"> Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades. Asegurarse de que se realiza el ejercicio adecuado Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
DIAGNÓSTICO: 00011 ESTREÑIMIENTO	

<p>DIAGNÓSTICO: 00013 DIARREA DEFINICIÓN: Evacuación de tres o más deposiciones blandas o líquidas diarias. DOMINIO: 3 Eliminación e intercambio CLASE: 2 Función gastrointestinal NECESIDAD: 3 Eliminación PATRÓN: 3 Eliminación</p>	
<p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cólicos abdominales • Dolor abdominal • Urgencia intestinal • Deshidratación • Ruidos intestinales hiperactivos 	<p>FACTORES RELACIONADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Acceso inadecuado a alimentos seguros • Conocimiento inadecuado sobre preparación y/o almacenamiento higiénico de alimentos • Prácticas de higiene personal inadecuadas • Aumento del nivel de estrés • Uso inadecuado de laxantes • Uso inadecuado de sustancias • Preparaciones farmacológicas
<p>RESULTADOS NOC. Indicadores.</p> <p>0501 ELIMINACIÓN INTESTINAL. Formación y evacuación de heces.</p> <p>Indicadores 50101 Patrón de eliminación. 50104 Cantidad de heces en relación con la dieta 50105 Heces blandas y formadas</p> <p>Escala 01: De Gravemente comprometido a No comprometido</p> <p>Indicadores 50111 Diarrea</p> <p>Escala 14: De Grave a Ninguno</p>	<p>INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.</p> <p>460 MANEJO DE LA DIARREA. Tratamiento y alivio de la diarrea</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar historia de la diarrea. • Evaluar el perfil de la medicación por si hubiera efectos secundarios gastrointestinales. <p>5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD. Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
<p>500 CONTINENCIA INTESTINAL Control de la eliminación de heces procedentes del intestino.</p> <p>Indicadores 50001 Evacuación de heces predecible 50002 Mantiene el control de la eliminación de heces 50003 Evacuación normal de heces, al menos cada 3 días 50004 Diarrea</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>5246 ASESORAMIENTO NUTRICIONAL Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.
<p>DIAGNÓSTICO: 00013 DIARREA</p>	

DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO

<p>CLASE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SUEÑO/REPOSO 2. ACTIVIDAD/EJERCICIO 3. EQUILIBRIO DE LA ENERGÍA 4. RESPUESTAS CARDIOVASCULARES/ PULMONARES 5. AUTOCUIDADO <p>ESCALA NOC:</p> <p>01. De Gravemente comprometido a No comprometido</p> <p>13. De Nunca demostrado a Siempre Demostrado</p> <p>20. De Ningún conocimiento a Conocimiento extenso</p>	<p>CLASE 1. SUEÑO/REPOSO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insomnio (00095) <p>CLASE 2. ACTIVIDAD/EJERCICIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la movilidad física (00085) <p>CLASE 3. AUTOCUIDADO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disposición para mejorar el autocuidado (00182) • Descuido personal (00193)
Clases y escala NOC	Diagnósticos enfermeros NANDA II
Patrón Funcional alterado	
<p>4 ACTIVIDAD/EJERCICIO</p> <p>5 SUEÑO/REPOSO</p> <p>7 AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO</p>	

D.ª Ascensión González García

<p>DIAGNÓSTICO: 00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA</p> <p>DEFINICIÓN: Limitación del movimiento independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.</p> <p>DOMINIO: 4 Actividad/Reposo</p> <p>CLASE: 2 Actividad/Ejercicio</p> <p>NECESIDAD: 4 Moverse</p> <p>PATRÓN: 4 Actividad-ejercicio</p>	
<p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de las habilidades motoras groseras y finas • Inestabilidad postural. • Temblor inducido por el movimiento • Enlentecimiento del movimiento. 	<p>FACTORES RELACIONADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Índice de masa corporal (IMC) > percentil 75 apropiado según la edad y género. • Estilo de vida sedentario. • Disminución del control y fuerza muscular. • Estado de humor depresivo o ansioso • Depresión. • Pérdida de la condición física • Agente farmacológico (Problema asociado)
<p>RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i></p> <p>1811 CONOCIMIENTO: Actividad prescrita. Grado de conocimiento transmitido sobre la actividad y el ejercicio prescritos.</p> <p><i>Indicadores</i></p> <p>181101 Actividad prescrita</p> <p>181102 Propósito de la actividad prescrita.</p> <p>181103 Efectos esperados de la actividad prescrita.</p> <p>181106 Factores que disminuyen la capacidad de realizar la actividad prescrita.</p> <p>181111 Programa de actividad prescrita realista.</p> <p>181121 Objetivos realistas sobre la actividad prescrita.</p> <p><i>Escala 20: De Ningún conocimiento a Conocimiento extenso</i></p>	<p>INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i></p> <p>5612 ENSEÑANZA: Ejercicio prescrito. Preparar a un paciente para que consiga o mantenga el nivel de ejercicio prescrito.</p> <p><i>Plan de Cuidados</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente del propósito y los beneficios del ejercicio prescrito. • Ayudar al paciente a marcarse objetivos para un aumento lento y constante del ejercicio. • Evaluar las limitaciones fisiológicas y psicológicas del paciente, así como su condición y nivel cultural. • Proporcionar información acerca de los recursos/grupos de apoyo comunitarios para aumentar el cumplimiento del paciente con el ejercicio, según corresponda. <p>200 FOMENTO DEL EJERCICIO. Facilitar regularmente la realización de ejercicio físico.</p> <p><i>Plan de Cuidados</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar al individuo acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio. • Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo. • Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal. • Ayudar al paciente a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales
<p>DIAGNÓSTICO: 00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>2004 FORMA FÍSICA. Ejecución de actividades físicas con vigor.</p> <p>Indicadores</p> <p>200401 Fuerza muscular. 200402 Resistencia muscular. 200404 Participación en actividades físicas 200405 Ejercicio habitual. 200406 Función cardiovascular. 200407 Función respiratoria. 200409 Índice de masa corporal.</p> <p>Escala 01: De Gravemente comprometido a No comprometido</p>	<p>200 FOMENTO DEL EJERCICIO. Facilitar regularmente la realización de ejercicio físico</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios. • Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo. <p>1260 MANEJO DEL PESO. Facilitar el mantenimiento del peso corporal óptimo y el porcentaje de grasa corporal.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso. • Determinar el peso corporal ideal del individuo. • Ayudar en el desarrollo de planes de comidas bien equilibradas coherentes con el nivel de gasto energético.
<p>2301 RESPUESTA A LA MEDICACIÓN. Efectos terapéuticos y adversos de la medicación prescrita.</p> <p>Indicadores</p> <p>230101 Efectos terapéuticos esperados presentes. 230103 Cambio esperado en los síntomas. 230106 Efectos adversos 230107 Interacción medicamentosa 230113 Efectos adversos conductuales</p> <p>Escala 01: De Gravemente comprometido a No comprometido</p>	<p>5616 ENSEÑANZA: medicamentos prescritos. Preparar al paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento. • Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de sobredosificación e infradosificación. • Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación. <p>2380 MANEJO DE LA MEDICACIÓN. Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar los niveles séricos (electrolitos, protrombina, medicamentos), si procede.
<p>DIAGNÓSTICO: 00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>0208 MOVILIDAD. Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda.</p> <p>Indicadores 20801 Mantenimiento del equilibrio 20802 Mantenimiento de la posición corporal 20814 Se mueve con facilidad</p> <p>Escala 01: De Gravemente comprometido a No comprometido</p>	<p>4310 TERAPIA DE ACTIVIDAD. Prescripción de actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo, así como ayuda con ellas.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Remitir a centros comunitarios o programas de actividad. • Proporcionar un refuerzo positivo en la participación de actividades. • Fomentar actividades creativas, según corresponda.
DIAGNÓSTICO: 00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA	
<p>DIAGNÓSTICO: 00095 INSOMNIO DEFINICIÓN: Incapacidad para iniciar o mantener el sueño que perjudica el funcionamiento. DOMINIO: 4 Actividad/Reposo CLASE: 1 Sueño/Reposo NECESIDAD: 5 Reposo/Sueño PATRÓN: 5 Sueño-reposo</p>	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Cambios de la emotividad. • Energía insuficiente. • Aumento del absentismo. • Disminución de su calidad de vida. • El paciente informa de dificultad para concentrarse, de falta de energía, aumento de accidentes. • Dificultad para conciliar el sueño y/o mantener el sueño y/o despertar temprano. • Patrón de sueño no reparador. • Despertar temprano. • Cambios en el patrón de sueño. • Disminución de las habilidades motoras groseras y finas • Inestabilidad postural. • Temblor inducido por el movimiento • Enlentecimiento del movimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad. • Depresión. • Barreras en el entorno • Temor. • Duelo. • Consumo de alcohol. • Estrés. • Siestas frecuentes

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>0004 SUEÑO. Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.</p> <p>Indicadores 401 Horas de sueño. 403 Patrón del sueño. 407 Hábito de sueño. 404 Calidad del sueño. 410 Despertar a horas apropiadas 419 Cama confortable. 420 Temperatura de la habitación confortable.</p> <p>Escala 01: <i>De Gravemente comprometido a No comprometido</i></p> <p>409 Siesta inapropiada 417 Dependencia de las ayudas para dormir.</p> <p>Escala 14: <i>De Grave a Ninguno</i></p>	<p>1850 MEJORAR EL SUEÑO. Facilitar ciclos regulares de sueño/vigilia.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente. • Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño. • Ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfieran el sueño a la hora de irse a la cama. • Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño. • Identificar las medicaciones que el paciente esté tomando para el sueño. • Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño. • Ayudarle a limitar el sueño diurno proporcionando actividades que fomenten el estar despierto de forma plena, según corresponda. • Ofrecer ayudas para favorecer el sueño (p. ej., música o medicaciones).
DIAGNÓSTICO: 00095 INSOMNIO	
<p>DIAGNÓSTICO: 00182 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO DEFINICIÓN: Patrón de realización de actividades por parte de la persona que ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud, que puede ser reforzado. DOMINIO: 4 Actividad/Reposo CLASE: 5 Autocuidado NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad PATRÓN: 4 Actividad-ejercicio</p>	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	
<ul style="list-style-type: none"> • Expresa deseo de mejorar el autocuidado. • Expresa deseo de mejorar la independencia en su vida • Expresa deseo de mejorar la independencia en cuestiones de desarrollo personal. • Expresa deseo de mejorar la independencia en cuestiones de bienestar • Expresa deseo de mejorar el conocimiento de las estrategias de autocuidado • Expresa deseo de mejorar la independencia en cuestiones de salud. 	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1614 AUTONOMÍA PERSONAL. Acciones personales de un individuo competente para controlar las decisiones vitales.</p> <p>Indicadores 161401 Toma decisiones vitales informadas. 161403 Muestra independencia en el proceso de toma de decisiones. 161409 Toma decisiones libre de la presión indebida del servicio sanitario. 161411 Participa en las decisiones de los cuidados de salud.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>5250 APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES. Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales. • Facilitar la toma de decisiones en colaboración. <p>4360 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA. Promoción de un cambio de conducta.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la motivación del paciente para un cambio de conducta • Ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y reforzarlos. • Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por otros deseables. • Ayudar a establecer objetivos realista <p>5606 ENSEÑANZA INDIVIDUAL. Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para abordar las necesidades particulares del paciente.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente. • Determinar las necesidades de enseñanza del paciente. • Aportar información y apoyo al cuidador que faciliten los cuidados sanitarios al paciente.
<p>DIAGNÓSTICO: 00182 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO</p>	

<p>DIAGNÓSTICO: 00193 DESCUIDO PERSONAL</p> <p>DEFINICIÓN: Constelación de conductas culturalmente enmarcadas que implican una o más actividades de autocuidado en las que hay un fracaso para mantener estándares de salud y bienestar socialmente aceptables.</p> <p>DOMINIO: 4 Actividad/Reposo</p> <p>CLASE: 5 Autocuidado</p> <p>NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad</p> <p>PATRÓN: 7 Autopercepción-autoconcepto</p>	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Higiene personal insuficiente. • Higiene del entorno insuficiente. • No adherencia a las actividades relacionadas con la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estresores. • Elección del estilo de vida • Función ejecutiva deficiente. • Mal uso de sustancias. • Alteración del funcionamiento cognitivo (Problema asociado) • Deterioro funcional (Problema asociado)
RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>0313 NIVEL DE AUTOCUIDADO. Acciones personales para realizar actividades básicas de cuidado personal y las actividades instrumentales de la vida diaria.</p> <p>Indicadores 31301 Se baña 31302 Se viste 31304 Se alimenta 31305 Mantiene higiene personal 31306 Mantiene higiene oral</p> <p>Escala 01: De Gravemente comprometido a No comprometido</p>	<p>5606 ENSEÑANZA INDIVIDUAL. Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para abordar las necesidades particulares del paciente.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar las necesidades de enseñanza del paciente. • Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente. • Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas. • Incluir a la familia, si es adecuado. • Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente. • Evaluar la consecución de los objetivos establecidos por parte del paciente.
<p>1614 AUTONOMÍA PERSONAL. Acciones personales de un individuo competente para controlar las decisiones vitales.</p> <p>Indicadores 161401 Toma decisiones vitales informadas 161409 Toma decisiones libre de la presión indebida del servicio sanitario. 161411 Participa en las decisiones de los cuidados de salud.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>4360 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA. Promoción de un cambio de conducta.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la motivación del paciente para un cambio de conducta • Ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y reforzarlos. • Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por otros deseables. • Identificar la conducta que ha de cambiarse (conducta diana) en términos específicos, concretos.
<p>DIAGNÓSTICO: 00193 DESCUIDO PERSONAL</p>	

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN

<p>CLASE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ATENCIÓN 2. ORIENTACIÓN 3. SENSACIÓN/PERCEPCIÓN 4. COGNICIÓN 5. COMUNICACIÓN <p>ESCALA NOC:</p> <p>01. De Gravemente comprometido a No comprometido</p> <p>13. De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p> <p>14. De Grave a Ninguno</p> <p>20. De Ningún conocimiento a Conocimiento extenso</p>	<p>CLASE 4. COGNICIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disposición para mejorar los conocimientos (00126) • Confusión aguda (00128) • Control de impulsos ineficaz (00222) <p>CLASE 5. COMUNICACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la comunicación verbal (00051).
Clases y escala NOC	Diagnósticos enfermeros NANDA II
Patrón Funcional alterado	
6 COGNITIVO – PERCEPTIVO	
8 ROL-RELACIONES	
10 AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA DEL ESTRÉS	

D.ª M.ª Luisa Luna Navarro

DIAGNÓSTICO: 00128 CONFUSIÓN AGUDA

DEFINICIÓN: Alteraciones reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo, que es inferior a 3 meses.

DOMINIO: 5 Percepción/Cognición

CLASE: 4 Cognición

NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad

PATRÓN: 6 Cognitivo-perceptivo

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Agitación • Alteración del funcionamiento cognitivo • Alteración del funcionamiento psicomotor • Alteración del nivel de conciencia. • Alucinaciones. • Ideas erróneas • Inquietud • Incapacidad para iniciar conductas orientadas a objetivos • Incapacidad para iniciar una conducta intencionada • Insuficiente continuidad de una conducta dirigida al objetivo • Insuficiente continuidad de una conducta intencionada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mal uso de sustancias • Malnutrición • Alteración del ciclo sueño-vigilia en el patrón de sueño. • Edad superior a los 60 años (Población de riesgo). • Delirio (Problema asociado). • Agente farmacológico (Problema asociado). • Alteración del funcionamiento cognitivo (Problema asociado).

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1403 AUTOCONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO. Autorrestricción de la alteración de la percepción, procesos del pensamiento y pensamiento.</p> <p>Indicadores 140301 Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes. 140302 No hace caso a alucinaciones o ideas delirantes 140304 Verbaliza frecuencia de alucinaciones o ideas delirantes 140306 Refiere disminución de alucinaciones o ideas delirantes.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>6510 MANEJO DE LAS ALUCINACIONES. Estimulación de la sensación de seguridad, comodidad y orientación en la realidad de un paciente que experimenta alucinaciones.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente. • Registrar las conductas del paciente que indiquen alucinaciones. • Prestar atención a las alucinaciones para ver si su contenido es violento o dañino para el paciente. • Evitar discutir sobre las creencias falsas. • Transmitir aceptación y apoyo incondicional. • Responder a los delirios del paciente con declaraciones tranquilas y realistas. <p>6450 MANEJO DE LAS IDEAS DELIRANTES. Fomentar la comodidad, seguridad y orientación de la realidad de un paciente que experimenta creencias falsas, fijas, que tienen poca o ninguna base real.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar reforzar las ideas delirantes • Ayudar al paciente a evitar o eliminar los factores estresantes que precipiten las ideas delirantes. • Observar al paciente por si se producen efectos secundarios y los efectos terapéuticos deseados derivados del medicamento.
<p>0907 ELABORACIÓN DE LA INFORMACIÓN. Capacidad para adquirir, organizar y utilizar la información.</p> <p>Indicadores 90703 Verbaliza un mensaje coherente. 90704 Muestra procesos de pensamientos organizados. 90705 Muestra procesos del pensamiento lógicos.</p> <p>Escala 01: De Gravemente comprometido a No comprometido</p>	<p>5250 APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES. Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente. • Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales. • .Facilitar la toma de decisiones en colaboración. • Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. • Ayudar al paciente a descomponer los objetivos complejos en etapas pequeñas y manejables • Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
DIAGNÓSTICO: 00128 CONFUSIÓN AGUDA	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>0901 ORIENTACIÓN COGNITIVA. Capacidad para identificar personas, lugares y tiempo con exactitud.</p> <p>Indicadores 90101 Se autoidentifica. 90102 Identifica a los seres queridos 90103 Identifica el lugar donde está 90104 Identifica el día presente 90105 Identifica el mes actual 90106 Identifica el año actual 90107 Identifica la estación actual 90108 Identifica eventos actuales significativos.</p> <p>Escala 01: De Gravemente comprometido a No comprometido</p>	<p>5230 MEJORAR EL AFRONTAMIENTO. Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles y las relaciones. • Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. • Proporcionar un ambiente de aceptación. • Fomentar las actividades sociales y comunitarias. • Alentar a la familia a verbalizar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo. • Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel. <p>4720 ESTIMULACIÓN COGNITIVA. Favorecer la conciencia y comprensión del entorno por medio de la utilización de estímulos planificados.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estimular el desarrollo participando en actividades para aumentar los logros y el aprendizaje satisfaciendo las necesidades del paciente. • Alentar la estimulación cognitiva fuera del trabajo, como la lectura o la participación activa en actividades culturales y artísticas.
<p>DIAGNÓSTICO: 00128 CONFUSIÓN AGUDA</p>	

DIAGNÓSTICO: 00161 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS**DEFINICIÓN:** Patrón de información cognitiva relacionada con un tema específico o su adquisición, que puede ser reforzado**DOMINIO:** 5 Percepción/cognición**CLASE:** 4 Cognición**NECESIDAD:** 14 Aprender**PATRÓN:** 6 Cognitivo-perceptivo**CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**

- Expresa deseo de mejorar el aprendizaje.

RESULTADOS NOC. Indicadores.	INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.
<p>1808 CONOCIMIENTO: Medicación. Grado de conocimiento transmitido sobre el uso seguro de la medicación.</p> <p>Indicadores 180805 Efectos secundarios de la medicación. 180808 Posibles interacciones de la medicación. 180810 Uso correcto de la medicación prescrita. 180816 Pruebas de laboratorio necesarias para monitorizar la medicación. 180820 Efectos adversos de la medicación.</p> <p>Escala 20: De Ningún conocimiento a Conocimiento extenso</p>	<p>5616 ENSEÑANZA: medicamentos prescritos. Preparar al paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. • Enseñar al paciente a aliviar y/o prevenir ciertos efectos secundarios, si es el caso. • Instruir al paciente acerca de la posología, vía y duración de los efectos de cada medicamento. • Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación. • Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis. • Enseñar al paciente las precauciones específicas que debe observar al tomar la medicación (no conducir o utilizar herramientas eléctricas), según corresponda.
DIAGNÓSTICO: 00161 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1853 CONOCIMIENTO: manejo del trastorno de la alimentación. Grado de conocimiento transmitido sobre un trastorno de la alimentación, su tratamiento y la prevención de la progresión de la enfermedad y las complicaciones.</p> <p>Indicadores 185301 Peso diana saludable. 185302 Prácticas nutricionales saludables. 185311 Ingesta diaria de calorías adecuada para las necesidades metabólicas. 185319 Estrategias para evitar las purgas. 185320 Estrategias para evitar los atracones.</p> <p>Escala 20: De Ningún conocimiento a Conocimiento extenso</p>	<p>1030 MANEJO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN. Prevención y tratamiento de restricciones severas en la dieta, el ejercicio excesivo y la purga de alimentos y líquidos.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar y reforzar los conceptos de buena nutrición con el paciente (y allegados, según corresponda). • Ayudar al paciente (y allegados, según corresponda) a examinar y resolver cuestiones personales que puedan contribuir a los trastornos de alimentación. • Desarrollar una relación de apoyo con el paciente. • Establecer expectativas sobre conductas de alimentación adecuadas, de ingesta de comida/líquidos y la cantidad de actividad física. • Ayudar al paciente a desarrollar la autoestima compatible con un peso corporal sano.
<p>1812 CONOCIMIENTO: Control del consumo de sustancias. Grado de conocimiento transmitido sobre el control del uso de drogas adictivas, productos químicos tóxicos, tabaco o alcohol</p> <p>Indicadores 181201 Riesgo propio del abuso de sustancias psicoactivas 181202 Consecuencias adversas sobre la salud del abuso de sustancias 181205 Consecuencias sociales del consumo de sustancias psicoactivas 181209 Acciones para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas. 181213 Acciones para prevenir y controlar las recaídas en el abuso de sustancias psicoactivas</p> <p>Escala 20: De Ningún conocimiento a Conocimiento extenso</p>	<p>5618 ENSEÑANZA: procedimiento/tratamiento. Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar las experiencias anteriores del paciente y el nivel de conocimientos relacionados con el procedimiento/tratamiento. • Enseñar al paciente a utilizar técnicas de afrontamiento dirigidas a controlar aspectos específicos de la experiencia (relajación e imágenes guiadas), según corresponda. <p>5510 EDUCACIÓN PARA LA SALUD</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los grupos de riesgo y rangos de edad que se benefician más de la educación sanitaria. • Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.
<p>DIAGNÓSTICO: 00161 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1836 CONOCIMIENTO: Manejo de la depresión. Grado de conocimiento transmitido sobre depresión e interrelaciones entre causas, efectos y tratamientos.</p> <p>Indicadores 183601 Signos y síntomas físicos de depresión. 183602 Signos y síntomas emocionales de depresión. 183612 Factores que contribuyen a la depresión. 183615 Estrategias para facilitar la recuperación</p> <p>Escala 20: De Ningún conocimiento a Conocimiento extenso.</p>	<p>5618 ENSEÑANZA: procedimiento/tratamiento. Preparación de un paciente para que comprenda y se prepare mentalmente para un procedimiento o tratamiento prescrito.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar el procedimiento/tratamiento. • Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento. • Informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación. • Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda
<p>1600 CONDUCTA DE ADHESIÓN. Acciones autoiniciadas para fomentar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación óptimos.</p> <p>Indicadores 160001 Pregunta cuestiones 160004 Contrapesa los riesgos y los beneficios de la conducta sanitaria. 160008 Refiere el uso de estrategias para eliminar una conducta insalubre</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>4480 FACILITAR LA AUTORRESPONSABILIDAD. Animar a un paciente a que asuma más responsabilidad de su propia conducta.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centrarse en los beneficios de salud positivos inmediatos o a corto plazo para conductas de estilo de vida positivas, en lugar de en beneficios a largo plazo o en los efectos negativos derivados de incumplimientos. • Considerar responsable al paciente de su propia conducta.
DIAGNÓSTICO: 00161 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS	

<p>DIAGNÓSTICO: 00222 CONTROL DE IMPULSOS INEFICAZ DEFINICIÓN: Patrón de reacciones rápidas, no planeadas, ante estímulos internos o externos sin tener en cuenta las consecuencias negativas de estas reacciones para la persona impulsiva o para los demás. DOMINIO: 5 Percepción/Cognición CLASE: 4 Cognición NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad PATRÓN: 10 Afrontamiento-tolerancia del estrés</p>	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Actuar sin pensar. • Adicción al juego. • Arrebatos de mal genio. • Búsqueda de sensaciones. • Compartir datos personales de manera inapropiada. • Conducta violenta. • Irritabilidad. • Promiscuidad sexual. • Tomarse demasiadas confianzas con extraños. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desesperanza. • Mal uso de sustancias. • Tabaquismo. • Trastorno del estado de ánimo.
	PROBLEMA ASOCIADO
	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración del desarrollo. • Alteración del funcionamiento cognitivo. • Enfermedad cerebral orgánica. • Trastorno de la personalidad.

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1405 AUTOCONTROL DE LOS IMPULSOS. Autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo.</p> <p>Indicadores 140501 Identifica conductas impulsivas perjudiciales 140502 Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas 140503 Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas 140507 Verbaliza control de los impulsos</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>4370 ENTRENAMIENTO PARA CONTROLAR LOS IMPULSOS. Ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar la estrategia de solución de problemas adecuada al nivel de desarrollo y la función cognitiva del paciente. • Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción meditada. • Enseñar al paciente a «detenerse y pensar» antes de comportarse impulsivamente.
<p>1408 AUTOCONTROL DEL IMPULSO SUICIDA. Acciones personales para contener acciones e intentos de suicidio.</p> <p>Indicadores 140804 Verbaliza ideas de suicidio, si existen 140810 Revela planes de suicidio si existen 140822 Hace planes para el futuro</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>6340 PREVENCIÓN DEL SUICIDIO. Disminución del riesgo de los daños autoinfligidos con la intención de acabar con la vida.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio. • Considerar la hospitalización del paciente que tiene un alto riesgo de conducta suicida. • Ocuparse de los aspectos de calidad de vida y control del dolor.
<p>DIAGNÓSTICO: 00222 CONTROL DE IMPULSOS INEFICAZ</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1401 AUTOCONTROL DE LA AGRESIÓN Acciones personales para abstenerse de conductas violentas, combativas o destructivas hacia los demás.</p> <p>Indicadores 140101 Se abstiene de arrebatos verbales. 140103 Se abstiene de golpear a los demás. 140104 Se abstiene de dañar a los demás. 140109 Controla los impulsos. 140110 Identifica cuándo se enfada. 140115 Identifica alternativas a la agresión. 140126 Evita violar el espacio personal de otros.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>6487 MANEJO AMBIENTAL: prevención de la violencia. Control y manipulación del ambiente físico para disminuir la posibilidad de conductas violentas dirigidas hacia uno mismo, los demás o el ambiente.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar de forma sistemática el ambiente para mantenerlo libre de peligros. • Registrar al paciente y sus pertenencias durante el procedimiento de ingreso por si tuviera armas o armas potenciales, según corresponda. • Asignar habitaciones individuales a los pacientes que puedan ser potencialmente violentos para los demás. <p>4380 ESTABLECER LÍMITES. Establecer los parámetros de una conducta deseable y aceptable del paciente.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicar, limitar o identificar (con la participación del paciente, según corresponda) la conducta indeseable del paciente. • Establecer las consecuencias (con la participación del paciente, cuando corresponda) de aparición/ausencia de conductas deseadas. • Evitar discutir o negociar las consecuencias y expectativas conductuales establecidas con el paciente. • Comunicar el límite en términos positivos (p. ej., «no se quite la ropa», en vez de «la conducta es inadecuada»).
<p>DIAGNÓSTICO: 00222 CONTROL DE IMPULSOS INEFICAZ</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1410 AUTOCONTROL DE LA IRA. Acciones personales para eliminar o reducir intensos pensamientos, sentimientos y conductas hostiles.</p> <p>Indicadores 141001 Identifica cuando se enfada 141002 Identifica cuando está frustrado 141003. Identifica signos precoces de ira 141008 Utiliza habilidades efectivas de resolución de conflictos</p> <p>Escala 13: <i>De Nunca demostrado a Siempre demostrado</i></p>	<p>4640 AYUDA PARA EL CONTROL DEL ENFADO. Facilitación de la expresión del enfado de manera adaptativa y no violenta.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un acercamiento que sea sereno y que dé seguridad. • Determinar las expectativas de comportamiento adecuadas para la expresión del enfado, dado el nivel de funcionamiento cognitivo y físico del paciente. • Ayudar al paciente a identificar la causa del enfado. • Limitar el acceso a situaciones frustrantes hasta que el paciente sea capaz de expresar el enfado de una manera adaptada a las circunstancias. • Establecer la expectativa de que el paciente puede controlar su comportamiento.
DIAGNÓSTICO: 00222 CONTROL DE IMPULSOS INEFICAZ	

DIAGNÓSTICO: 00051 DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL

DEFINICIÓN: Capacidad reducida, retardada o ausente para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.

DOMINIO: 5 Percepción/Cognición

CLASE: 5 Comunicación

NECESIDAD: 10 Comunicación

PATRÓN: 8 Rol-relaciones

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de contacto visual. • Dificultad para comprender la comunicación. • Dificultad para expresar pensamientos verbalmente. • Dificultad para formar frases. • Dificultad para formar palabras. • Dificultad para hablar. • Dificultad para mantener la comunicación. • Dificultad para prestar atención selectiva. • Dificultad para verbalizar. • Incapacidad para hablar. • Incapacidad para hablar el idioma del cuidador. • Pronunciación poco clara. • Verbalización inapropiada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración del autoconcepto. • Alteración emocional. • Baja autoestima. • Estímulos insuficientes. • Incongruencia cultural. • Estímulos insuficientes. • Incongruencia cultural. • Información insuficiente. • Vulnerabilidad. • Alteración de la percepción (problema asociado). • Trastorno psicótico (problema asociado)

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>0916 NIVEL DE DELIRIO. Gravedad del trastorno de la conciencia y la cognición que se desarrolla durante un corto período de tiempo y que es reversible.</p> <p>Indicadores 91601 Desorientación temporal. 91602 Desorientación espacial. 91603 Desorientación personal 91605 Deterioro cognitivo 91609 Dificultad para mantener la atención 91610 Dificultad para mantener una conversación. 91611 Interpretación errónea de indicaciones. 91613 Alteración del nivel de conciencia. 91620 Alucinaciones</p> <p>Escala 14 De Grave a Ninguno</p>	<p>6440 MANEJO DEL DELIRIO. Disposición de un ambiente seguro y terapéutico para el paciente que experimenta un estado confusional agudo.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar exigencias de pensamiento abstracto si el paciente solo puede pensar en términos concretos. • No validar las percepciones incorrectas o las interpretaciones imprecisas de la realidad de los pacientes con delirio (p. ej., alucinaciones o ideas delirantes). • Declarar la propia percepción de forma calmada, que dé seguridad y sin discusiones. • Responder al tono, en lugar de al contenido, de la alucinación o idea delirante. • Comunicarse con frases simples, directas y descriptivas. • Reconocer los miedos y sentimientos del paciente. • Mantener un ambiente libre de peligros.

DIAGNÓSTICO: 00051 DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>0904 COMUNICACIÓN: Receptiva. Recepción e interpretación de mensajes verbales y/o no verbales.</p> <p>Indicadores 90401 Interpretación del lenguaje escrito 90402 Interpretación del lenguaje hablado 90403 Interpretación de dibujos e ilustraciones. 90405 Interpretación del lenguaje no verbal 90406 Reconocimiento de mensajes recibidos</p> <p>Escala 01: De Gravemente comprometido a No comprometido</p>	<p>5390 POTENCIACIÓN DE LA AUTOCONCIENCIA. Ayudar a un paciente a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos. • Ayudar al paciente a identificar los valores que contribuyen al autoconcepto. • Ayudar al paciente a identificar los sentimientos habituales que tiene de sí mismo. • Facilitar la identificación por parte del paciente de sus formas de respuesta habituales a diversas situaciones. • Ayudar al paciente a ser consciente de sus autoafirmaciones negativas. • Ayudar al paciente a identificar los atributos positivos de sí mismo. • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipiten su ansiedad. <hr/> <p>4920 ESCUCHA ACTIVA. Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. • Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, sesgos, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones. • Escuchar los mensajes y sentimientos inexpressados y además atender al contenido de la conversación. • Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones. • Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación (p. ej., saber que la postura física expresa mensajes no verbales). • Estar atento a las palabras que se evitan, así como a los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas. • Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual.
<p>DIAGNÓSTICO: 00051 DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL</p>	

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

<p>CLASES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. AUTOCONCEPTO 2. AUTOESTIMA 3. IMAGEN CORPORAL <p>ESCALA NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 01. De Gravemente comprometido a Nada comprometido. 11. De Nunca positivo a Siempre positivo 13. De Nunca demostrado a Siempre demostrado 14. De Grave a Ninguno 18. De No del todo satisfecho a Siempre satisfecho. 	<p>CLASE 1 AUTOCONCEPTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de la identidad personal (00121). • Desesperanza (00124) • Disposición para mejorar la esperanza (00185) • Riesgo de compromiso de la dignidad humana (00174). • Riesgo de trastorno de la identidad personal (00225). <p>CLASE 2 AUTOESTIMA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baja autoestima crónica (00119). • Riesgo de baja autoestima crónica (00224). <p>CLASE 3 IMAGEN CORPORAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno de la imagen corporal (00118)
Clases y escala NOC	Diagnósticos enfermeros NANDA II
Patrón Funcional alterado	
<p>6 COGNITIVO-PERCEPTIVO</p> <p>7 AUTOPERCEPCIÓN –AUTOCONCEPTO</p> <p>11 VALORES-CREENCIAS</p>	

D. Antonio Miguel Villalba Borrueal

<p>DIAGNÓSTICO: 00121 TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PERSONAL DEFINICIÓN: Incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo. DOMINIO: 6 Auto percepción CLASE: 1 Autoconcepto NECESIDAD: 12 Trabajar/realizarse PATRÓN: 7 Auto percepción-autoconcepto</p>	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la imagen corporal. • Conducta inconsistente. • Confusión de género. • Confusión sobre los valores culturales. • Confusión sobre los valores ideológicos. • Descripciones delirantes del yo • Ejecución inefectiva del rol • Estrategias de afrontamiento ineficaces • Relaciones ineficaces • Sentimiento de extrañeza • Sentimiento de vacío. • Sentimientos fluctuantes sobre el yo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración del rol social. • Adoctrinamiento de culto. • Baja autoestima. • Discriminación. • Estados maníacos. • Etapas de desarrollo. • Incongruencia cultural. • Percepción de prejuicios. • Procesos familiares disfuncionales • Crisis situacional (Población de riesgo). • Agente farmacológico (Problema asociado). • Trastorno disociativo de la identidad (Problema asociado).
RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1202 IDENTIDAD PERSONAL. Acciones personales que diferencian lo propio y lo impropio, caracterizando la esencia de uno mismo.</p> <p>Indicadores 120201 Verbaliza afirmaciones de identidad personal. 120202 Exhibe un comportamiento verbal y no verbal congruente sobre uno mismo 120203 Verbaliza un evidente sentido de identidad personal. 120207 Realiza roles sociales. 120210 Cuestiona imágenes negativas de sí mismo. 120212 Establece lazos personales.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>5390 POTENCIACIÓN DE LA CONCIENCIA DE UNO MISMO. Ayudar a un paciente a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos. • Ayudar al paciente a identificar los valores que contribuyen al autoconcepto. • Facilitar la identificación por parte del paciente de sus formas de respuesta habituales a diversas situaciones. • Ayudar al paciente a identificar el efecto de la enfermedad sobre el autoconcepto. • Ayudar al paciente a ser consciente de sus autoafirmaciones negativas. • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipiten su ansiedad. • Explorar con el paciente la necesidad de control.
<p>DIAGNÓSTICO: 00121 TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PERSONAL</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1202 IDENTIDAD PERSONAL. Acciones personales que diferencian lo propio y lo impropio, caracterizando la esencia de uno mismo.</p> <p>Indicadores 120201 Verbaliza afirmaciones de identidad personal. 120202 Exhibe un comportamiento verbal y no verbal congruente sobre uno mismo 120203 Verbaliza un evidente sentido de identidad personal. 120207 Realiza roles sociales. 120210 Cuestiona imágenes negativas de sí mismo. 120212 Establece lazos personales.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>5400 POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA. Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía. • Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación. • Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, según corresponda. • Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. • Ayudar al paciente a identificar los atributos positivos de sí mismo. • Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo. • Reafirmar los puntos fuertes personales que identifique el paciente. • Explorar las razones de la autocrítica o culpa. • Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos. • Observar los niveles de autoestima a lo largo del tiempo, según corresponda. <p>4700 REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA. Estimular al paciente para que modifique los patrones de pensamiento distorsionados y para que se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a que acepte el hecho de que las afirmaciones personales median en la excitación emocional. • Ayudar al paciente a comprender que la imposibilidad de conseguir conductas deseables con frecuencia es el resultado de afirmaciones personales irracionales. • Señalar los estilos de pensamiento disfuncional (pensamiento polarizado, generalización exagerada, magnificación y personalización). • Ayudar al paciente a identificar las propias interpretaciones equivocadas sobre los factores estresantes percibidos. • Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones personales irracionales por otras racionales. • Ayudar al paciente a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la verdadera realidad. • Ayudar al paciente a identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad y desesperanza) que está sintiendo.
<p>DIAGNÓSTICO: 00121 TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PERSONAL</p>	

<p>DIAGNÓSTICO: 00124 DESESPERANZA</p> <p>DEFINICIÓN: Sentimiento de que uno mismo no experimentará emociones positivas, o una mejora en su estado.</p> <p>DOMINIO: 6 Auto percepción</p> <p>CLASE: 1 Auto concepto</p> <p>NECESIDAD: 11 Creencias/valores</p> <p>PATRÓN: 7 Auto percepción-auto concepto</p>	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el patrón de sueño. • Claves verbales pesimistas. • Contacto visual escaso. • Disminución de la iniciativa. • Disminución de la respuesta a estímulos. • Disminución de la verbalización. • Disminución de las emociones. • Disminución del apetito. • Encogerse de hombros en respuesta al interlocutor. • Implicación en el cuidado inadecuada. • Pasividad. • Volverse hacia el lado contrario del interlocutor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social • Estrés crónico. • Pérdida de confianza en el poder espiritual. • Pérdida de confianza en los valores trascendentales. • Restricción de la actividad prolongada. • Antecedentes de abandono (población de riesgo). • Deterioro de la condición física (población de riesgo)
RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1201 ESPERANZA. Optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante.</p> <p>Indicadores</p> <p>120101 Expresión de una orientación futura positiva.</p> <p>120102 Expresión de confianza.</p> <p>120103 Expresión de ganas de vivir.</p> <p>120104 Expresión de razones para vivir.</p> <p>120105 Expresión del significado y propósito de la vida.</p> <p>120106 Expresión de optimismo.</p> <p>120107 Expresión de creencia en sí mismo.</p> <p>120108 Expresión de creencia en los demás.</p> <p>120112 Establecimiento de objetivos.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>5310 DAR ESPERANZA. Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente y familia a identificar las áreas de esperanza en la vida. • Ampliar el repertorio de mecanismos de afrontamiento del paciente. • Ayudar al paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza. • Evitar disfrazar la verdad. • Facilitar el alivio y disfrute de éxitos y experiencias anteriores del paciente/familia. • Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados. • Proporcionar al paciente/familia la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo. • Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos
<p>DIAGNÓSTICO: 00124 DESESPERANZA</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1206 DESEO DE VIVIR. Deseo, determinación y esfuerzo para sobrevivir.</p> <p>Indicadores 120601 Expresión de determinación de vivir. 120602 Expresión de esperanza. 120603 Expresión de optimismo. 120605 Expresión de sentimientos. 120608 Utiliza estrategias para compensar los problemas relacionados con la enfermedad.</p> <p>Escala 01: <i>De Gravemente comprometido a No comprometido</i></p> <p>120614 Depresión 120615 Pensamientos suicidas</p> <p>Escala 14 <i>De Grave a Ninguno</i></p>	<p>5230 MEJORAR EL AFRONTAMIENTO. Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. • Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos. • Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. • Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles y las relaciones. • Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. • Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados. • Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social. • Proporcionar un entrenamiento en habilidades sociales adecuadas. • Ayudar al paciente a afrontar el duelo y superar las pérdidas causadas por la enfermedad y/o discapacidad crónica, si es el caso.
<p>1204 EQUILIBRIO EMOCIONAL. Adaptación apropiada del tono emocional predominante en respuesta a las circunstancias.</p> <p>Indicadores 120401 Muestra afecto adecuado a la situación 120403 Muestra control de los impulsos. 120415 Muestra interés por lo que le rodea. 1204018 Refiere capacidad para realizar las tareas diarias.</p> <p>Escala 13: <i>De Nunca demostrado a Siempre demostrado</i></p>	<p>5270 APOYO EMOCIONAL. Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentar la experiencia emocional con el paciente. • Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones. • Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. • Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. • Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. • Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores. • Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo. • Identificar la función de la ira, la frustración y la rabia que pueda ser de utilidad para el paciente.
<p>DIAGNÓSTICO: 00124 DESESPERANZA</p>	

DIAGNÓSTICO: 00185 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ESPERANZA

DEFINICIÓN: Patrón de expectativas y deseos para movilizar energía para conseguir resultados positivos, o evitar una situación potencialmente amenazante o negativa, que puede ser reforzado

DOMINIO: 6 Auto percepción

CLASE: 1 Autoconcepto

NECESIDAD: 11 Creencias/valores

PATRÓN: 11 Valores-creencias

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Expresa deseo de mejorar el sentimiento de sentido de su vida.
- Expresa deseo de mejorar la conexión con los demás.
- Expresa deseo de mejorar la confianza en las posibilidades.
- Expresa deseo de mejorar la congruencia entre las expectativas y el objetivo.
- Expresa deseo de mejorar la esperanza.
- Expresa deseo de mejorar la espiritualidad.
- Expresa deseo de mejorar la habilidad para fijar objetivos alcanzables.
- Expresa deseo de mejorar la resolución de problemas para alcanzar los objetivos.

RESULTADOS NOC. Indicadores.**2002 BIENESTAR PERSONAL.**

Grado de percepción positiva del propio estado de salud actual.

Indicadores

200201 Realización de las actividades de la vida diaria.

200202 Salud psicológica.

200203 Relaciones sociales.

200204 Vida espiritual.

200205 Salud física

200207 Capacidad de afrontamiento

200209 Nivel de felicidad

200212 Desempeño de roles habituales.

Escala 18: De No del todo satisfecho a Completamente satisfecho

INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.**5310 DAR ESPERANZA.**

Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones.

Plan de Cuidados

- Ayudar al paciente y familia a identificar las áreas de esperanza en la vida.
- Ayudar al paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza.
- Evitar disfrazar la verdad.
- Facilitar el alivio y disfrute de éxitos y experiencias anteriores del paciente/familia.
- Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados.
- Proporcionar al paciente/familia la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo.
- Fomentar las relaciones terapéuticas con los seres queridos

5426 FACILITAR EL CRECIMIENTO ESPIRITUAL.

Facilitar el crecimiento de la capacidad del paciente para identificar, comunicarse y evocar la fuente de significado, propósito, consuelo, fuerza y esperanza en su vida.

Plan de Cuidados

- Ayudar al paciente a identificar barreras y actitudes que dificultan el crecimiento y el autodescubrimiento.
- Proporcionar un entorno que favorezca una actitud meditativa/contemplativa para la autorreflexión.

DIAGNÓSTICO: 00185 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ESPERANZA

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1206 DESEO DE VIVIR. Deseo, determinación y esfuerzo para sobrevivir.</p> <p>Indicadores 120601 Expresión de determinación de vivir. 120602 Expresión de esperanza. 120603 Expresión de optimismo. 120605 Expresión de sentimientos 120608 Utiliza estrategias para compensar los problemas relacionados con la enfermedad.</p> <p>Escala 01: De Gravemente comprometido a No comprometido</p>	<p>5230 MEJORAR EL AFRONTAMIENTO. Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. • Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados. • Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social. • Proporcionar un entrenamiento en habilidades sociales adecuadas. <p>5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO. Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo. • Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos. • Remitir a un grupo de autoayuda, o a un recurso basado en internet si se considera oportuno.
<p>DIAGNÓSTICO: 00185 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ESPERANZA</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1603 CONDUCTA DE BÚSQUEDA DE LA SALUD. Acciones personales para fomentar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación óptimos.</p> <p>Indicadores 160306 Describe estrategias para eliminar una conducta poco saludable. 160305 Realiza actividades de la vida diaria compatibles con su tolerancia 160308 Realiza la conducta de salud prescrita- 160310 Describe estrategias para optimizar la salud.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>5240 ASESORAMIENTO. Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información objetiva según sea necesario y según corresponda. • Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo mucho estrés, cuando sea posible. • Ayudar al paciente a que enumere y priorice todas las alternativas posibles al problema. <p>5602 ENSEÑANZA: Proceso de la enfermedad. Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Describir el proceso de la enfermedad, según corresponda. • Dar seguridad sobre el estado del paciente, según corresponda. • Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar los síntomas, según corresponda. • Comentar las opciones de terapia/tratamiento.
<p>DIAGNÓSTICO: 00185 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA ESPERANZA</p>	

DIAGNÓSTICO: 00174 RIESGO DE COMPROMISO DE LA DIGNIDAD HUMANA

DEFINICIÓN: Susceptible de percepción de pérdida del respeto y el honor, que puede comprometer la salud.

DOMINIO: 6 Auto percepción

CLASE: 1 Auto concepto

NECESIDAD: 11 Creencias/valores

PATRÓN: 7 Auto percepción-auto concepto

FACTORES DE RIESGO

- Comprensión insuficiente de la información sobre la salud.
- Estigmatización.
- Experiencia limitada en la toma de decisiones.
- Exposición corporal.
- Humillación.
- Incongruencia cultural.
- Intrusión por parte de los profesionales clínicos.
- Invasión de la intimidad.
- Pérdida de control de las funciones corporales.
- Revelación de información confidencial.
- Tratamiento deshumanizador.

RESULTADOS NOC. Indicadores.	INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.
<p>1902 CONTROL DE RIESGO. Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables.</p> <p>Indicadores 190201 Reconoce factores de riesgo personales. 190203 Controla los factores de riesgo personales. 190204 Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas 190208 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo. 190214 Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo 190215 Utiliza los recursos sociales para reducir el riesgo</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>6610 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS. Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de la prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las estrategias de afrontamiento típicas. • Determinar la disponibilidad y calidad de recursos (p. ej., psicológicos, económicos, nivel educativo, familia y otros recursos sociales, y comunidad). • Determinar el nivel de funcionamiento pasado y actual. • Determinar los recursos comunitarios adecuados para cubrir las necesidades vitales y de salud básicas. • Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería. • Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo. • Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo o el grupo.
DIAGNÓSTICO: 00174 RIESGO DE COMPROMISO DE LA DIGNIDAD HUMANA	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1205 AUTOESTIMA. Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.</p> <p>Indicadores 120501 Verbalizaciones de autoaceptación. 120502 Aceptación de las propias limitaciones. 120504 Mantenimiento del contacto ocular. 120505 Descripción del yo 120507 Comunicación abierta 120508 Cumplimiento de los roles significativos personales 120515 Voluntad para enfrentarse a los demás. 120519 Sentimientos sobre su propia persona</p> <p>Escala 11: De Nunca positivo a Siempre positivo</p>	<p>5400 POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA. Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía. • Determinar el locus de control del paciente. • Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes. • Reafirmar los puntos fuertes personales que identifique el paciente. <p>5395 MEJORA DE LA AUTOCONFIANZA. Fortalecer la confianza de una persona en su capacidad de realizar una conducta saludable.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción. • Proporcionar oportunidades para dominar las experiencias (p. ej., implementación satisfactoria de la conducta). • Ayudar al individuo a comprometerse con un plan de acción para cambiar la conducta. • Modelar/demostrar la conducta deseada. <p>5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO. Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo. • Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos. • Remitir a un grupo de autoayuda, o a un recurso basado en internet si se considera oportuno. • Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.
<p>1205 AUTOESTIMA. Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.</p> <p>Indicadores 120501 Verbalizaciones de autoaceptación. 120502 Aceptación de las propias limitaciones. 120504 Mantenimiento del contacto ocular. 120505 Descripción del yo 120507 Comunicación abierta 120508 Cumplimiento de los roles significativos personales 120515 Voluntad para enfrentarse a los demás. 120519 Sentimientos sobre su propia persona</p> <p>Escala 11: De Nunca positivo a Siempre positivo</p>	<p>5370 POTENCIACIÓN DE ROLES. Ayudar a un paciente, a un ser querido y/o a la familia a mejorar sus relaciones clarificando y complementando las conductas de roles específicos.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar los diversos roles en el ciclo vital. • Ayudar al paciente a identificar los roles habituales en la familia. • Ayudar al paciente a identificar la insuficiencia de roles. • Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas en los cambios de roles.
<p>DIAGNÓSTICO: 00174 RIESGO DE COMPROMISO DE LA DIGNIDAD HUMANA</p>	

DIAGNÓSTICO: 00225 RIESGO DE TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PERSONAL DEFINICIÓN: Susceptible de incapacidad para mantener una percepción completa e integrada del yo, que puede comprometer la salud. DOMINIO: 6 Auto percepción CLASE: 1 Autoconcepto NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad PATRÓN: 6 Cognitivo-perceptivo	
FACTOR DE RIESGO	POBLACIÓN DE RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> • Adoctrinamiento de culto. • Alteración del rol social. • Baja autoestima. • Discriminación. • Estados maníacos. • Procesos familiares disfuncionales. • Etapas de desarrollo. • Incongruencia cultural. • Percepción de prejuicios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis situacional. • Exposición a químicos tóxicos • Transición del desarrollo.
	PROBLEMA ASOCIADO
	<ul style="list-style-type: none"> • Agente farmacológico • Enfermedad cerebral orgánica • Trastorno disociativo de la identidad • Trastorno psiquiátrico

RESULTADOS NOC. Indicadores.	INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.
<p>1902 CONTROL DE RIESGO. Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables.</p> <p>Indicadores 190201 Reconoce factores de riesgo personales. 190203 Controla los factores de riesgo personales. 190204 Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas 190208 Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo. 190214 Utiliza los sistemas de apoyo personal para reducir el riesgo 190215 Utiliza los recursos sociales para reducir el riesgo</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>6610 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS. Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de la prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las estrategias de afrontamiento típicas. • Determinar la disponibilidad y calidad de recursos (p. ej., psicológicos, económicos, nivel educativo, familia y otros recursos sociales, y comunidad). • Determinar el nivel de funcionamiento pasado y actual. • Determinar los recursos comunitarios adecuados para cubrir las necesidades vitales y de salud básicas. • Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería. • Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo. • Comentar y planificar las actividades de reducción del riesgo en colaboración con el individuo o el grupo.
DIAGNÓSTICO: 00225 RIESGO DE TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PERSONAL	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1403 AUTOCONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO.</p> <p>Indicadores 140301 Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes. 140304 Verbaliza frecuencia de alucinaciones o ideas delirantes. 140307 Solicita la ratificación de la realidad 140308 Mantiene afecto compatible con su estado de ánimo. 140311 Muestra patrones de flujo de pensamiento lógico. 140312 Expone pensamiento basado en la realidad 140313 Expone un contenido de pensamiento adecuado 140314 Expone capacidad para adoptar ideas de los demás</p> <p>Escala 13: <i>De Nunca demostrado a Siempre demostrado</i></p>	<p>6510 MANEJO DE LAS ALUCINACIONES. Estimulación de la sensación de seguridad, comodidad y orientación en la realidad de un paciente que experimenta alucinaciones.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registrar las conductas del paciente que indiquen alucinaciones. • Proporcionar al paciente la oportunidad de comentar las alucinaciones. • Prestar atención a las alucinaciones para ver si su contenido es violento o dañino para el paciente. • Evitar discutir con el paciente sobre la validez de las alucinaciones. <p>6450 MANEJO DE LAS IDEAS DELIRANTES. Fomentar la comodidad, seguridad y orientación de la realidad de un paciente que experimenta creencias falsas, fijas, que tienen poca o ninguna base real.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aclarar dudas con naturalidad. • Evitar reforzar las ideas delirantes. • Mantener una rutina diaria constante. • Proteger al paciente y a otros de conductas delirantes que podrían ser dañinas. <p>4820 ORIENTACIÓN DE LA REALIDAD. Fomento de la consciencia del paciente acerca de la identidad personal, tiempo y entorno.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modular los estímulos sensoriales humanos y ambientales (p. ej., sesiones de visita, vistas, sonidos, luz, olores y estimulación táctil), según las necesidades del paciente. • Presentar la realidad de manera que conserve la dignidad del paciente (p. ej., proporcionar una explicación alternativa, evitar discutir y evitar intentos de convencer al paciente). <p>4700 REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA. Estimular al paciente para que modifique los patrones de pensamiento distorsionados y para que se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones personales irracionales por otras racionales. • Realizar afirmaciones que describan la forma alternativa de observar la situación. • Ayudar al paciente a identificar las propias interpretaciones equivocadas sobre los factores estresantes percibidos.
<p>DIAGNÓSTICO: 00225 RIESGO DE TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PERSONAL</p>	

DIAGNÓSTICO: 00119 BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA
DEFINICIÓN: Percepción negativa de larga duración sobre el valor, la aceptación, el respeto, la competencia y la actitud hacia uno mismo.
DOMINIO: 6 Auto percepción
CLASE: 2 Autoestima
NECESIDAD: 12 Trabajar/realizarse
PATRÓN: 7 Auto percepción-auto concepto

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Conducta no asertiva/indecisa. • Contacto visual escaso. • Culpabilidad. • Conformismo/pasividad • Dependencia de las opiniones de los demás. • fracasos repetidos en eventos vitales. • Exageración de la retroalimentación negativa sobre sí mismo. • Rechazo a la retroalimentación positiva sobre sí mismo. • Subestimación de su habilidad para gestionar la situación. • Búsqueda de reafirmación excesiva. • Vergüenza. • Indecisión para probar nuevas experiencias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación ineficaz a la pérdida. • Afecto recibido inadecuado. • Incongruencia cultural. • Incongruencia espiritual. • Recibir aprobación insuficiente por parte de los demás. • Pertenencia inadecuada. • Pertenencia inadecuada a un grupo. • Respeto inadecuado por parte de los demás. • Exposición a una situación traumática (Población de riesgo). • Refuerzo negativo repetido (Población de riesgo). • Patrón de fracasos (población de riesgo).

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1204 EQUILIBRIO EMOCIONAL. Adaptación apropiada del tono emocional predominante en respuesta a las circunstancias.</p> <p>Indicadores 120401 Muestra afecto adecuado a la situación. 120402 Muestra un estado de ánimo sereno. 120403 Muestra control de los impulsos. 120404 Refiere dormir de forma adecuada. 120415 Muestra interés por el entorno. 1204018 Refiere capacidad para realizar las tareas diarias.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>5330 CONTROL DE ESTADO DE ÁNIMO. Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo disfuncionalmente deprimido o eufórico.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento. • Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás. • Comprobar la capacidad de autocuidado (aseo, higiene, ingesta de alimentos/líquidos, evacuación). • Vigilar el estado físico del paciente (peso corporal e hidratación). • Ayudar al paciente a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes al estado de ánimo disfuncional.

DIAGNÓSTICO: 00119 BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1205 AUTOESTIMA. Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.</p> <p>Indicadores 120501 Verbalizaciones de autoaceptación. 120502 Aceptación de las propias limitaciones. 120505 Descripción del yo 120507 Comunicación abierta 120508 Cumplimiento de los roles significativos personales 120515 Voluntad para enfrentarse a los demás. 120519 Sentimientos sobre su propia persona</p> <p>Escala 11: De Nunca positivo a Siempre positivo</p>	<p>5400 POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA. Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía. • Determinar el locus de control del paciente. • Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes. • Reafirmar los puntos fuertes que identifique el paciente. • Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, según corresponda. <p>4700 REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA. Estimular al paciente para que modifique los patrones de pensamiento distorsionados y para que se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones personales irracionales por otras racionales. • Realizar afirmaciones que describan la forma alternativa de observar la situación. • Ayudar al paciente a identificar las propias interpretaciones equivocadas sobre los factores estresantes percibidos. • Ayudar al paciente a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la verdadera realidad. • Realizar afirmaciones que describan la forma alternativa de observar la situación. <p>5270 APOYO EMOCIONAL. Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. • Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. • Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. • Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores. • Identificar la función de la ira, la frustración y la rabia que pueda ser de utilidad para el paciente. • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
DIAGNÓSTICO: 00119 BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1208 NIVEL DE DEPRESIÓN. Intensidad de la melancolía y de la pérdida de interés por los acontecimientos de la vida.</p> <p>Indicadores 120801 Estado de ánimo deprimido. 120802 Pérdida de interés por las actividades. 120803 Ausencia de placer con actividades. 120805 Expresión de culpa inapropiada o excesiva 120806 Fatiga. 120807 Expresión de sentimientos de indiferencia. 120825 Escasa higiene/cuidado personal</p> <p>Escala 14: De Grave a Ninguno.</p>	<p>8340 FOMENTAR LA RESILIENCIA. Ayudar a individuos, familias y comunidades en el desarrollo, uso y fortalecimiento de factores protectores para ser utilizados para afrontar factores estresantes ambientales y sociales.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la cohesión familiar. • Fomentar el apoyo familiar. • Fomentar conductas positivas de búsqueda de la salud. • Facilitar el desarrollo y el uso de recursos del vecindario. <p>5330 CONTROL DE ESTADO DE ÁNIMO. Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo disfuncionalmente deprimido o eufórico.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento. • Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás. • Comprobar la capacidad de autocuidado (aseo, higiene, ingesta de alimentos/líquidos, evacuación). • Vigilar el estado físico del paciente (peso corporal e hidratación). • Ayudar al paciente a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes al estado de ánimo disfuncional
<p>0906 TOMA DE DECISIONES. Capacidad para realizar juicios y escoger entre dos o más alternativas.</p> <p>Indicadores 090602 Identifica alternativas 090604 Identifica recursos necesarios para apoyar cada alternativa 090609 Escoge entre varias alternativas</p> <p>Escala 01: De Gravemente comprometido a No comprometido</p>	<p>5250 APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES. Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente. • Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales. • Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.
<p>DIAGNÓSTICO: 00119 BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1305 MODIFICACIÓN PSICOSOCIAL: Cambio de vida. Respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un acontecimiento importante de la vida.</p> <p>Indicadores 130501 Establece metas realistas. 130502 Mantiene la autoestima. 130503 Mantiene la productividad. 130504 Refiere sentimientos de utilidad. 130506 Expresa optimismo sobre el futuro 130511 Expresa satisfacción con la reorganización de la vida. 130513 Utiliza apoyo social disponible</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>5210 ORIENTACIÓN ANTICIPATORIA. Preparación del paciente para una futura crisis del desarrollo y/o circunstancial.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a decidir la forma de solucionar el problema. • Ayudar al paciente a identificar los recursos y opciones disponibles, según corresponda. • Ayudar al paciente a adaptarse anticipadamente a los futuros cambios de rol. <p>5230 MEJORAR EL AFRONTAMIENTO. Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. • Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos. • Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.
<p>1502 HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL Conductas personales que fomentan relaciones eficaces.</p> <p>Indicadores 150203 Cooperar con los demás. 150205 Muestra conducta de asertividad si procede. 150206 Utiliza confrontación si procede 150207 Muestra consideración. 150216 Utiliza estrategias de resolución de conflictos.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>4362 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA: Habilidades sociales. Ayudar al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a manifestar verbalmente los sentimientos asociados con los problemas interpersonales. • Animar al paciente y allegados a que autoevalúen los resultados esperados de sus interacciones sociales, autorrecompensen los resultados positivos y solucionen los problemas con resultados menos deseables. <p>5100 POTENCIACIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN. Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con los demás.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas. • Animar al paciente a desarrollar relaciones. • Fomentar las actividades sociales y comunitarias.
DIAGNÓSTICO: 00119 BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA	

DIAGNÓSTICO: 00224 RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA

DEFINICIÓN: Susceptible de una percepción negativa de larga duración sobre el valor, la aceptación, el respeto, la competencia y la actitud hacia uno mismo, que puede comprometer la salud.

DOMINIO: 6 Auto percepción

CLASE: 2 Autoestima

NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad

PATRÓN: 7 Auto percepción-auto concepto

FACTOR DE RIESGO	POBLACIÓN DE RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación ineficaz a la pérdida. • Afecto recibido inadecuado. • Incongruencia cultural. • Incongruencia espiritual. • Recibir aprobación insuficiente por parte de los demás. • Pertenencia inadecuada. • Pertenencia inadecuada a un grupo. • Respeto inadecuado por parte de los demás. 	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición a una situación traumática • Patrón de fracasos • Refuerzo negativo repetido.
	<p>PROBLEMA ASOCIADO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastorno psiquiátrico

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1205 AUTOESTIMA. Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.</p> <p>Indicadores 120501 Verbalizaciones de autoaceptación. 120502 Aceptación de las propias limitaciones. 120505 Descripción del yo 120507 Comunicación abierta 120508 Cumplimiento de los roles significativos personales 120515 Voluntad para enfrentarse a los demás. 120519 Sentimientos sobre su propia persona</p> <p>Escala 11: De Nunca positivo a Siempre positivo</p>	<p>5400 POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA. Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía. • Determinar el locus de control del paciente. • Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes. • Reafirmar los puntos fuertes personales que identifique el paciente. • Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente, según corresponda. • Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás. • Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. • Explorar las razones de la autocrítica o culpa. • Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. • Observar los niveles de autoestima a lo largo del tiempo, según corresponda.
<p>1215 CONCIENCIA DE UNO MISMO. Reconoce las propias fortalezas, limitaciones, valores, sentimientos, actitudes, pensamientos y comportamientos en relación con el medio ambiente y los demás.</p> <p>Indicadores 121501 Diferencia el yo del medio ambiente. 121502 Diferencia el yo de los otros. 121504 Reconoce las capacidades mentales personales. 121505 Reconoce las capacidades emocionales personales. 121508 Reconoce las limitaciones emocionales personales. 121509 Reconoce los patrones de conducta personales. 121512 Reconoce la respuesta subjetiva a situaciones 121515 Mantiene la conciencia de los pensamientos</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>5390 POTENCIACIÓN DE LA AUTOCONCIENCIA. Ayudar a un paciente a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos. • Ayudar al paciente a identificar los valores que contribuyen al autoconcepto. • Ayudar al paciente a darse cuenta de que cada persona es única. • Confrontar los sentimientos ambivalentes (enojado o deprimido) del paciente. • Ayudar al paciente a identificar los atributos positivos de sí mismo.
<p>DIAGNÓSTICO: 00224 RIESGO DE BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA</p>	

DIAGNÓSTICO: 00118 TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL**DEFINICIÓN:** Confusión en la imagen mental del yo físico.**DOMINIO:** 6 Autopercepción**CLASE:** 3 Imagen corporal**NECESIDAD:** 12 Trabajar/realizarse**PATRÓN:** 7 Autopercepción-autoconcepto

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la estructura corporal. • Alteración de la visión del propio cuerpo. • Alteración del funcionamiento corporal. • Sentimientos negativos sobre el cuerpo. • Conducta de reconocimiento del propio cuerpo. • Conducta de vigilancia del propio cuerpo. • Despersonalización de la pérdida mediante el uso de pronombres impersonales. • Evita mirar el propio cuerpo. • Oculta una parte del cuerpo. • Cambio en la habilidad para realizar una estimación espacial de la relación entre el cuerpo y el entorno. • Ausencia de una parte del cuerpo. • Cambio en el estilo de vida. • Cambio en la implicación social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la autopercepción. • Incongruencia cultural. • Incongruencia espiritual. • Alteración del funcionamiento cognitivo (problema asociado). • Transición del desarrollo (población de riesgo).

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1200 IMAGEN CORPORAL. Percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales.</p> <p>Indicadores 120001 Imagen interna de sí mismo. 120002 Congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal. 120005 Satisfacción con el aspecto corporal 120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico.</p> <p>Escala 11: De Nunca positivo a Siempre positivo</p>	<p>5220 MEJORA DE LA IMAGEN CORPORAL. Mejora de las percepciones y actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia su cuerpo.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar si hay afirmaciones que identifican las percepciones de imagen corporal que tengan que ver con la forma y el peso corporal. • Determinar las percepciones del paciente y de la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad. • Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social. • Ayudar al paciente con riesgo de padecer anorexia o bulimia a desarrollar unas expectativas de imagen corporal más realistas. • Utilizar ejercicios de auto-revelación con grupos de adolescentes u otros grupos de personas muy preocupadas acerca de los atributos físicos normales.
DIAGNÓSTICO: 00118 TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1403 AUTOCONTROL DEL PENSAMIENTO DISTORSIONADO. Autorrestricción de la alteración de la percepción, procesos del pensamiento y pensamiento.</p> <p>Indicadores 140307 Solicita la ratificación de la realidad 140312 Expone pensamiento basado en la realidad</p> <p>Escala 13: <i>De Nunca demostrado a Siempre demostrado</i></p>	<p>4700 REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA. Estimular al paciente para que modifique los patrones de pensamiento distorsionados y para que se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones personales irracionales por otras racionales. • Realizar afirmaciones que describan la forma alternativa de observar la situación. • Señalar los estilos de pensamiento disfuncional (pensamiento polarizado, generalización exagerada, magnificación y personalización). • Ayudar al paciente a identificar las propias interpretaciones equivocadas sobre los factores estresantes percibidos.
<p>DIAGNÓSTICO: 00118 TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL</p>	

DOMINIO 7: ROL/RELACIONES

<p>CLASES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ROL DEL CUIDADOR 2. RELACIONES FAMILIARES 3. DESEMPEÑO DEL ROL <p>ESCALA NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 01. De Gravemente comprometido a Nada comprometido. 02. De Inadecuado a Completamente adecuado. 11. De Nunca positivo a Siempre positivo 13. De Nunca demostrado a Siempre demostrado 14. De Grave a Ninguno 	<p>CLASE 1 ROL DEL CUIDADOR</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cansancio del rol de cuidador (00061). <p>CLASE 2 RELACIONES FAMILIARES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de deterioro de la vinculación (00058). • Procesos familiares disfuncionales (00063). • Disposición para mejorar los procesos familiares(00159 <p>CLASE 3 DESEMPEÑO DEL ROL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de la interacción social (00052) (En revisión) • Desempeño ineficaz del rol (00055)
Clases y escala NOC	Diagnósticos enfermeros NANDA II
Patrón Funcional alterado	
8 ROL Y RELACIONES	

D.ª Mónica Morán Rodrigo

D.ª Claudia González López

DIAGNÓSTICO: 00061 CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR(A)

DEFINICIÓN: Dificultad para satisfacer las responsabilidades de cuidados, expectativas y/o comportamientos requeridos por la familia o personas significativas.

DOMINIO: 7 Rol/relaciones

CLASE: 1 Roles de cuidador

NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad

PATRÓN: 8 Rol-relaciones

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<p>Actividades de cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio disfuncional en las actividades del cuidador • Dificultad para realizar las tareas requeridas • Preocupación por las rutinas del cuidado. • Recelo sobre el bienestar del receptor de los cuidados si el cuidador es incapaz de proporcionar el cuidado. • Recelo sobre la potencial institucionalización del receptor de los cuidados. • Recelo sobre la salud futura del receptor de los cuidados. <p>Relación cuidador-receptor del cuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aflicción a causa de los cambios en la relación con el receptor de los cuidados. • Dificultad para vigilar al receptor de los cuidados. • Incertidumbre a causa de los cambios en la relación con el receptor de los cuidados. <p>Procesos familiares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conflicto familiar. • Preocupación por los miembros de la familia <p>Estado de salud del cuidador: emocional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el peso. • Cefaleas. • Erupción. • Fatiga. • Hipertensión. <p>Estado de salud del cuidador: fisiológico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social. • Cambios en las actividades de ocio. • Productividad laboral baja. • Rechaza promociones profesionales. <p>Entorno.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el patrón de sueño. • Depresión. • Estrategias de afrontamiento ineficaces. • Frustración e impaciencia. • Inestabilidad emocional. • Ira. 	<p>Cuidador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento. • Conocimiento insuficiente sobre los recursos de la comunidad. • Cumplimiento insuficiente de las expectativas propias y de los demás. • Energía insuficiente. • Estrategias de afrontamiento ineficaces. • Expectativas propias no realistas. • Implicaciones del rol contradictorias. • Inexperiencia en el rol de cuidador. • No estar en una fase de desarrollo preparada para el rol del cuidador. • Problemas físicos. • Resiliencia emocional insuficiente. • Tiempo libre insuficiente. <p>Procesos familiares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adaptación familiar ineficaz. • Aislamiento familiar. • Patrón de adaptación familiar ineficaz. • Patrón de disfunción familiar actual o anterior a la situación. <p>Del receptor del cuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alta domiciliaria reciente con importantes necesidades de cuidado. • Aumento en las necesidades de cuidados. • Conducta problemática. • Dependencia. • Impredictibilidad de la trayectoria de la enfermedad. • Problema de salud inestable. <p>Socioeconómico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social • Alienación. • Dificultad para acceder a la asistencia o a recursos comunitarios. • Recursos comunitarios y apoyo social insuficientes. <p>Actividades de cuidados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades de cuidados excesivas. • Ampliación de la duración del cuidado requerido. • Descanso para el cuidador insuficiente. • Responsabilidades de cuidados durante las 24 horas.

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>2203 ALTERACIÓN DEL ESTILO DE VIDA DEL CUIDADOR PRINCIPAL. Gravedad de alteraciones en el estilo de vida de un miembro de la familia debido a su papel de cuidador.</p> <p>Indicadores 220302 Realización del rol. 220304 Oportunidades para la intimidad. 220305 Relaciones con otros miembros de la familia 220306 Interacciones sociales 220307 Apoyo social. 220308 Actividades de ocio 220312 Relación con los amigos.</p> <p>Escala 01: <i>De Gravemente comprometido a No comprometido</i></p> <p>2506 SALUD EMOCIONAL DEL CUIDADOR PRINCIPAL. Bienestar emocional de un cuidador familiar mientras atiende a un miembro de la familia.</p> <p>Indicadores 250601 Satisfacción con la vida. 250602 Sensación de control. 250603 Autoestima.</p> <p>Escala 14: <i>De Grave a Ninguno.</i></p> <p>250604 Temor 250605 Resentimiento. 250606 Culpa. 250607 Depresión. 250608 Frustración.</p> <p>Escala 01: <i>De Gravemente comprometido a No comprometido</i></p>	<p>7040 APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL. Ofrecer la información, consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la aceptación del cuidador de su papel. • Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles. • Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador. • Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador, según corresponda. • Admitir las dificultades del rol del cuidador principal. • Establecer una relación terapéutica con el paciente/familia. • Controlar la resistencia del cuidador. • Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. • Aceptar las expresiones de emoción negativa. • Enseñar técnicas de cuidado para mejorar la seguridad del paciente. <p>7260 CUIDADOS POR RELEVO. Provisión de cuidados de corta duración para proporcionar descanso a un cuidador/familiar.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica con el paciente/familia. • Disponer los preparativos para los cuidados por relevo en una residencia. • Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo. • Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente. • Comentar con el paciente los límites del cuidador. • Enseñar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios. • Identificar fuentes de cuidados por relevo.
DIAGNÓSTICO: 00061 CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>2210 RESISTENCIA DEL PAPEL DEL CUIDADOR. Factores que fomentan la capacidad de continuación del cuidado familiar durante un largo período de tiempo.</p> <p>Indicadores 221001 Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados. 221005 Apoyo social para el cuidador familiar. 221008 Descanso para el cuidador familiar 221009 Oportunidades del cuidador familiar para actividades de ocio. 221012 Apoyo del profesional sanitario al cuidador</p> <p>Escala 06: De Nunca positivo a Siempre positivo</p>	<p>5270 APOYO EMOCIONAL. Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentar la experiencia emocional con el paciente. • Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. • Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. • Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa. <p>5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO. Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo. • Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes. • Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos. • Observar la situación familiar actual y la red de apoyo. • Remitir a un grupo de autoayuda, o a un recurso basado en internet si se considera oportuno. • Identificar los recursos disponibles para el apoyo del cuidador. <p>5430 GRUPO DE APOYO. Uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un grupo de apoyo durante las etapas de transición para ayudar al paciente a que se adapte a un nuevo estilo de vida. • Fomentar la expresión y el compartir el conocimiento de la experiencia. • Alentar las consultas apropiadas a otros profesionales para cuestiones informativas. • Atender a las necesidades del grupo como un todo, así como a las necesidades de los miembros individuales.
DIAGNÓSTICO: 00061 CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>2204 RELACIÓN ENTRE EL CUIDADOR PRINCIPAL Y EL PACIENTE. Interacciones y conexiones positivas entre el cuidador principal y el receptor de los cuidados.</p> <p>Indicadores 220401 Comunicación efectiva. 220402 Paciencia. 220404 Tranquilidad. 220405 Atención y afirmación. 220407 Preocupación [220408 Compromiso a largo plazo 220409 Aceptación mutua 220410 Respeto mutuo. 220411 Solución de problemas en colaboración 220412 Sentido de la responsabilidad</p> <p>Escala 11: De Nunca positivo a Siempre positivo</p>	<p>5370 POTENCIACIÓN DE ROLES. Ayudar a un paciente, a un ser querido y/o a la familia a mejorar sus relaciones clarificando y complementando las conductas de roles específicos.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar los diversos roles en el ciclo vital. • Ayudar al paciente a identificar los roles habituales en la familia. • Ayudar al paciente a identificar la insuficiencia de roles. • Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas en los cambios de roles. • Ayudar al paciente a identificar los cambios de roles específicos necesarios debido a enfermedades o discapacidades. • Facilitar la conversación sobre la adaptación de los roles de la familia para compensar los cambios de rol del miembro enfermo. • Facilitar la conversación sobre las expectativas entre el paciente y el ser querido en los papeles recíprocos. • Mostrar una actitud de aceptación. <p>5340 PRESENCIA. Permanecer con otra persona, tanto física como psicológicamente, durante los momentos de necesidad.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mostrar una actitud de aceptación. • Ser sensible con las tradiciones y creencias del paciente. • Establecer una consideración de confianza y positiva. • Escuchar las preocupaciones del paciente. • Estar físicamente disponible como elemento de ayuda. • Ayudar al paciente a darse cuenta de que se está disponible, pero sin reforzar conductas dependientes. • Reafirmar y ayudar a los progenitores en su papel de apoyo de su hijo. • Permanecer con el paciente y transmitirle sentimientos de seguridad y confianza durante los períodos de ansiedad.
<p>DIAGNÓSTICO: 00061 CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>2202 PREPARACIÓN DEL CUIDADOR FAMILIAR DOMICILIARIO. Preparación de un cuidador para asumir la responsabilidad de la asistencia sanitaria domiciliar de un miembro de la familia.</p> <p>220201 Voluntad de asumir el papel de cuidador familiar. 220202 Conocimiento sobre el rol de cuidador. 220203 Demostración de consideración positiva por el receptor de los cuidados. 220205 Conocimiento del proceso de enfermedad del receptor de los cuidados.</p> <p><i>Escala 06: De Inadecuado a Completamente adecuado</i></p>	<p>5250 APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES. Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales. • Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo. • Facilitar la toma de decisiones en colaboración. <p>5395 MEJORA DE LA AUTOCONFIANZA. Fortalecer la confianza de una persona en su capacidad de realizar una conducta saludable.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explorar la percepción del individuo de su capacidad de desarrollar la conducta deseada. • Identificar los obstáculos al cambio de conducta. • Proporcionar un entorno de ayuda para aprender los conocimientos y habilidades necesarios para llevar a cabo la conducta. • Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción. • Utilizar afirmaciones convincentes positivas respecto a la capacidad del individuo de desarrollar la conducta. • Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
<p>2608 RESILIENCIA FAMILIAR. Capacidad de la familia para una adaptación y funcionamiento positivos después de una adversidad o crisis significativa.</p> <p>Indicadores 260801 Se moviliza rápidamente después de la adversidad. 260802 Propone soluciones prácticas y constructivas a las disputas. 260814 Clarifica la comunicación ambigua.</p> <p><i>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</i></p>	<p>7130 MANTENIMIENTO DE PROCESOS FAMILIARES. Minimizar los efectos de la alteración de los procesos familiares.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los procesos familiares típicos. • Determinar la alteración de los procesos familiares típicos. • Identificar los efectos derivados del cambio de papeles en los procesos familiares. • Comentar las estrategias de normalización de la vida familiar con la familia. • Ayudar a los miembros de la familia a poner en práctica estrategias de normalización de su situación. • Ayudar a los miembros de la familia a utilizar los mecanismos de apoyo existentes.
<p>DIAGNÓSTICO: 00061 CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR</p>	

DIAGNÓSTICO: 00058 RIESGO DE DETERIORO DE LA VINCULACIÓN

DEFINICIÓN: Susceptible de una interrupción del proceso interactivo entre los padres o persona significativa y el niño, proceso que fomenta el desarrollo de una relación de protección enriquecedora y recíproca.

DOMINIO: 7 Rol/Relaciones

CLASE: 2 Relaciones familiares

NECESIDAD: 10 Comunicación

PATRÓN: 8 Rol-relaciones

FACTORES DE RIESGO

- Mal uso de sustancias.
- Ansiedad.
- Conducta desorganizada del niño.
- Conflicto parental a causa de la conducta desorganizada del niño.
- Intimidación insuficiente.
- Incapacidad de los padres para satisfacer las propias necesidades personales.
- La enfermedad del niño impide la iniciación eficaz del contacto parental.
- Barreras físicas (p. ej., niño en incubadora).
- Separación de los padres y el niño.
- Neonato prematuro (población de riesgo).

RESULTADOS NOC. Indicadores.**2211 DESEMPEÑO DEL ROL DE PADRES.**

Acciones parentales para proporcionar un ambiente social, emocional y físico que alimente y sea constructivo para el niño.

Indicadores

221101 Prevé las necesidades físicas del niño.

221102 Elimina los peligros ambientales controlables.

221104 Estimula el desarrollo cognitivo.

221105 Estimula el desarrollo social.

221106 Estimula el crecimiento emocional.

221114 Interacciona de forma positiva con el niño.

221115 Empatiza con el niño.

221123 Proporciona un entorno estructurado al niño.

221130 Proporciona cuidados de salud preventivos.

221131 Proporciona cuidados de problemas de salud puntuales.

Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado

INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.**5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO.**

Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.

Plan de Cuidados

- Determinar cómo afronta la familia las transiciones.
- Instruir a los progenitores sobre el desarrollo del apego, haciendo hincapié en su complejidad, naturaleza evolutiva y oportunidades.
- Observar la situación familiar actual y la red de apoyo.
- Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.
- Remitir a programas comunitarios de prevención o tratamiento, según corresponda.

5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD.

Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.

Plan de Cuidados

- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

DIAGNÓSTICO: 00058 RIESGO DE DETERIORO DE LA VINCULACIÓN

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1402 AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD. Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.</p> <p>Indicadores 140202 Elimina precursores de la ansiedad. 140203 Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansioso. 140204 Busca información para reducir la ansiedad. 140206 Planea estrategias de superación efectivas. 140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad. 140217 Controla la respuesta de ansiedad.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>6040 TERAPIA DE RELAJACIÓN. Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente. • Fomentar la repetición o práctica frecuente de la(s) técnica(s) seleccionada(s). • Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación. • Mostrar interés por el paciente. <p>4920 ESCUCHA ACTIVA. Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. • Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual. • Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones. • Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones.
<p>1500 LAZOS AFECTIVOS PADRES-HIJO. Conductas de los padres y del hijo que demuestran un vínculo afectivo perdurable.</p> <p>Indicadores 150001 Práctica de conductas saludables durante la gestación. 150003 Preparación para el recién nacido antes del nacimiento. 150004 Verbalizan sentimientos positivos hacia el lactante.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>6710 FOMENTAR EL APEGO. Facilitar el desarrollo de una relación afectiva y duradera entre el lactante y los progenitores.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir a los progenitores sobre el desarrollo del apego, haciendo hincapié en su complejidad, naturaleza evolutiva y oportunidades. • Proporcionar orientación anticipatoria sobre los hitos del desarrollo que se producirán. • Reforzar las conductas de papel de cuidador. • Determinar cómo afronta la familia las transiciones. • Monitorizar los factores que puedan interferir con un apego óptimo (p. ej., trastornos psiquiátricos en los progenitores, dificultades económicas, separación de los progenitores y el niño por motivos médicos o una intervención quirúrgica, dificultades con la lactancia materna, proporcionar cuidados de acogida y adopción).
<p>DIAGNÓSTICO: 00058 RIESGO DE DETERIORO DE LA VINCULACIÓN</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1908 DETECCIÓN DEL RIESGO. Acciones personales para identificar las amenazas contra la salud personal.</p> <p>Indicadores 190801 Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos. 190802 Identifica los posibles riesgos para la salud. 190803 Coteja los riesgos percibidos. 190809 Utiliza los recursos para mantenerse informado sobre riesgos personales. 190810 Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>6486 MANEJO AMBIENTAL: Seguridad. Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognitiva y el historial de conducta del paciente. • Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos). • Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible. • Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos. <p>4500 PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS. Prevenir un estilo de vida que incurra en el alcoholismo y el consumo de drogas.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la toma de decisiones responsables acerca de la elección del estilo de vida. • Ayudar al paciente a tolerar el aumento de los niveles de estrés, según corresponda. • Educar a los padres acerca de la importancia del ejemplo en el consumo de sustancias nocivas. • Animar a los padres a participar en las actividades de sus hijos, desde la edad preescolar hasta la adolescencia. <p>6400 APOYO EN LA PROTECCIÓN CONTRA LOS ABUSOS. Identificación de las relaciones de dependencia de alto riesgo y de las acciones para evitar que aumenten los daños físicos o emocionales.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las situaciones de crisis que puedan desencadenar los abusos, tales como pobreza, desempleo, divorcio o muerte de un ser querido. • Observar si hay signos de abandono en familias de alto riesgo. • Observar si hay un deterioro progresivo del cuidado físico y emocional del niño/adulto dependiente en el seno familiar. • Observar si el niño presenta signos de retraso del crecimiento, depresión, apatía, retraso del desarrollo o desnutrición. • Remitir al adulto con riesgo a especialistas adecuados. • Informar al médico sobre las observaciones que indiquen abusos. • Instruir a los miembros adultos de la familia sobre los signos de abuso.
DIAGNÓSTICO: 00058 RIESGO DE DETERIORO DE LA VINCULACIÓN	

DIAGNÓSTICO: 00063 PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES**DEFINICIÓN:** Funcionamiento familiar que no es capaz de dar apoyo a sus miembros.**DOMINIO:** 7 Rol/Relaciones**CLASE:** 2 Relaciones familiares**NECESIDAD:** 10 Comunicación**PATRÓN:** 8 Rol-relaciones

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		FACTORES RELACIONADOS
CONDUCTUALES <ul style="list-style-type: none"> • Abuso verbal de la pareja y/o niños y/o padres. • Conflictos crecientes. • Crítica. • Culpabilización. • Dependencia. • Dificultad para establecer relaciones íntimas. • Expresión inapropiada de la ira. • Habilidades de comunicación ineficaces. • Incapacidad para satisfacer las necesidades de seguridad de los miembros. • Incapacidad para tratar de forma constructiva con experiencias traumáticas. • Negación de problemas. • Patrón de comunicación contradictorio. • Patrón de comunicación controlador. • Patrón de comunicación paradjico. 	ROL Y RELACIONES <ul style="list-style-type: none"> • Alteración de las dinámicas familiares. • Cambio en el rol. • Cambio en los roles familiares. • Comunicación ineficaz con la pareja. • Conflicto entre la pareja. • Deterioro de las relaciones familiares. • Disminución de la habilidad de los miembros de la familia para relacionarse entre ellos, para conseguir objetivos de crecimiento y maduración conjuntos. • Paternidad inconsistente. • Problemas familiares crónicos. • Relaciones familiares triangulares. • Sistemas de comunicación cerrados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de afrontamiento ineficaces. • Habilidades de resolución de problemas insuficientes. • Mal uso de sustancias. • Personalidad adictiva. • Antecedentes familiares de resistencia al tratamiento (población de riesgo) • Antecedentes familiares de uso inadecuado de sustancias (población de riesgo). • En desventaja económica (población de riesgo).

RESULTADOS NOC. Indicadores.**2603 INTEGRIDAD DE LA FAMILIA.**

Capacidad de los miembros de la familia para mantener la cohesión y los vínculos emocionales.

Indicadores

260302 Los miembros manifiestan lazos fuertes con la familia.

260303 Los miembros se expresan afecto entre sí.

260304 Los miembros se ayudan entre sí para desempeñar los roles y las tareas diarias.

260307 Los miembros se comunican de forma abierta y honesta entre sí.

260312 Participan juntos en actividades recreativas.

Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.**INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.****7100 ESTIMULACIÓN DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR.**

Favorecer la cohesión y unidad familiar.

Plan de Cuidados

- Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia.
- Identificar los mecanismos de afrontamiento típicos de la familia.
- Ayudar a la familia en la resolución de conflictos.

DIAGNÓSTICO: 00063 PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>2600 AFRONTAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE LA FAMILIA. Capacidad de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen los recursos familiares.</p> <p>Indicadores 260002 Permite a los miembros flexibilidad en los roles. 260003 Enfrenta los problemas familiares. 260006 Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones. 260007 Expresa sentimientos y emociones abiertamente entre los miembros</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>7110 FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR. Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a la familia a mantener relaciones positivas. • Crear una cultura de flexibilidad para la familia. • Anticipar e identificar las necesidades de la familia. <p>5230 MEJORAR EL AFRONTAMIENTO. Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar el apoyo necesario para que la familia tome decisiones informadas. • Alentar a la familia a verbalizar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.
<p>2602 FUNCIONAMIENTO DE LA FAMILIA: Capacidad de una familia para satisfacer las necesidades de sus miembros durante las transiciones del desarrollo.</p> <p>Indicadores 260201 Socializa los nuevos miembros de la familia. 260202 Cuida los miembros dependientes de la familia. 260205 Los miembros desempeñan los roles esperados. 260208 Se adapta a los cambios de desarrollo. 260209 Se adapta a crisis inesperadas.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>7130 MANTENIMIENTO DE PROCESOS FAMILIARES. Minimizar los efectos de la alteración de los procesos familiares.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los efectos derivados del cambio de papeles en los procesos familiares. • Comentar las estrategias de normalización de la vida familiar con la familia. • Ayudar a los miembros de la familia a utilizar los mecanismos de apoyo existentes.
<p>DIAGNÓSTICO: 00063 PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES</p>	

DIAGNÓSTICO: 00159 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS PROCESOS FAMILIARES

DEFINICIÓN: Patrón de funcionamiento familiar para mantener el bienestar de sus miembros, que puede ser reforzado.

DOMINIO: 7 Rol/Relaciones

CLASE: 2 Relaciones familiares

NECESIDAD: 10 Comunicación

PATRÓN: 8 Rol-relaciones

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Expresa deseo de mejorar el crecimiento de los miembros de la familia.
- Expresa deseo de mejorar el equilibrio entre autonomía y cohesión.
- Expresa deseo de mejorar el mantenimiento de los límites entre los miembros de la familia.
- Expresa deseo de mejorar el nivel de energía de la familia para sustentar las actividades de la vida diaria.
- Expresa deseo de mejorar el patrón de comunicación.
- Expresa deseo de mejorar el respeto por los miembros de la familia.
- Expresa deseo de mejorar la adaptación familiar al cambio.
- Expresa deseo de mejorar la dinámica familiar.
- Expresa deseo de mejorar la interdependencia con la comunidad.
- Expresa deseo de mejorar la resiliencia familiar.
- Expresa deseo de mejorar la seguridad de los miembros de la familia

RESULTADOS NOC. Indicadores.**2606 ESTADO DE SALUD DE LA FAMILIA.**

Salud global y competencia social de una familia.

Indicadores

260602 Medidas adecuadas para el cuidado de los niños.

260603 Medidas adecuadas para el cuidado de los adultos dependientes.

260605 Salud física de los miembros.

260613 Desarrollo psicosocial de los miembros de la familia.

260618 Salud mental de los miembros.

Escala 01: De Gravemente comprometido a No comprometido

INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.**5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO.**

Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.

Plan de Cuidados

- Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos.
- Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias.
- Remitir a programas comunitarios de prevención o tratamiento, según corresponda
- Identificar los recursos disponibles para el apoyo del cuidador.
- Utilizar sistemas de apoyo social y familiar para potenciar la eficacia de la modificación de conductas de estilo de vida o de la salud.

5510 EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.

- Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.
- Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupo diana.

DIAGNÓSTICO: 00159 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS PROCESOS FAMILIARES

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>2609 APOYO FAMILIAR DURANTE EL TRATAMIENTO. Capacidad de la familia para estar presente y proporcionar apoyo emocional a una persona sometida a un tratamiento.</p> <p>Indicadores 260901 Los miembros expresan deseo de apoyar al miembro enfermo. 260910 Colaboran con el miembro enfermo en la determinación de los cuidados. 260906 Los miembros mantienen la comunicación con el miembro enfermo. 260911 Colaboran con los proveedores de asistencia sanitaria en la determinación de los cuidados. 260912 Los miembros expresan verbalmente el significado de la crisis de salud. 260914 Proporcionan información precisa a los otros miembros.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>7110 FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR. Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente. • Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal. • Identificar los déficits de autocuidado del paciente. • Animar a los miembros de la familia y al paciente a ayudar a desarrollar un plan de cuidados, incluidos los resultados esperados y la implantación del plan de cuidados.
<p>2609 APOYO FAMILIAR DURANTE EL TRATAMIENTO. Capacidad de la familia para estar presente y proporcionar apoyo emocional a una persona sometida a un tratamiento.</p> <p>Indicadores 260901 Los miembros expresan deseo de apoyar al miembro enfermo. 260910 Colaboran con el miembro enfermo en la determinación de los cuidados. 260906 Los miembros mantienen la comunicación con el miembro enfermo. 260911 Colaboran con los proveedores de asistencia sanitaria en la determinación de los cuidados. 260912 Los miembros expresan verbalmente el significado de la crisis de salud. 260914 Proporcionan información precisa a los otros miembros.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>7130 MANTENIMIENTO DE LOS PROCESOS FAMILIARES. Minimizar los efectos de la alteración de los procesos familiares.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atender a las necesidades del grupo como un todo, así como a las necesidades de los miembros individuales. • Determinar los procesos familiares típicos. • Ayudar a los miembros de la familia a poner en práctica estrategias de normalización de su situación. <p>5430 GRUPO DE APOYO. Uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar el apoyo necesario para que la familia tome decisiones informadas. • Utilizar un grupo de apoyo durante las etapas de transición para ayudar al paciente a que se adapte a un nuevo estilo de vida.
	<p>7320 GESTIÓN DE CASOS. Coordinar la asistencia y defensa de individuos concretos y poblaciones de pacientes en diversos contextos para reducir costes, disminuir el uso de recursos, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y conseguir los resultados deseados.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar el papel del gestor del caso al paciente y a la familia. • Obtener el permiso del paciente o de la familia para incluirle en un programa de gestión de casos, según corresponda. • Coordinar la provisión de los recursos y de los servicios precisos.
<p>DIAGNÓSTICO: 00159 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS PROCESOS FAMILIARES</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>2600 AFRONTAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE LA FAMILIA. Capacidad de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen los recursos familiares.</p> <p>Indicadores 260003 Enfrenta los problemas familiares. 260007 Expresa sentimientos y emociones abiertamente entre los miembros. 260009 Utiliza estrategias para reducir el estrés centradas en la familia. 260019 Comparte responsabilidad en las tareas familiares. 260020 Establece la flexibilidad en los roles 260021 Utiliza estrategias para controlar el conflicto familiar. 260025 Utiliza los recursos de la comunidad disponibles.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>7110 FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR. Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente. • Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal. • Identificar los déficits de autocuidado del paciente. • Animar a los miembros de la familia y al paciente a ayudar a desarrollar un plan de cuidados, incluidos los resultados esperados y la implantación del plan de cuidados. <p>7140 APOYO A LA FAMILIA. Fomento de los valores, intereses y objetivos familiares.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente. • Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico. • Facilitar la comunicación de inquietudes/sentimientos entre el paciente y la familia o entre los miembros de la misma. <p>5240 ASESORAMIENTO. Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesorar a los miembros de la familia sobre las técnicas de afrontamiento adicionales eficaces para su uso propio. <p>8340 FOMENTAR LA RESILIENCIA. Ayudar a individuos, familias y comunidades en el desarrollo, uso y fortalecimiento de factores protectores para ser utilizados para afrontar factores estresantes ambientales y sociales.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar retroalimentación a la familia respecto a sus estrategias de afrontamiento. • Facilitar la comunicación familiar. • Fomentar conductas positivas de búsqueda de la salud. • Facilitar el desarrollo y el uso de recursos del vecindario.
DIAGNÓSTICO: 00159 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LOS PROCESOS FAMILIARES	

DIAGNÓSTICO: 00052 DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL DEFINICIÓN: Cantidad insuficiente o excesiva, o calidad ineficaz de intercambio social. DOMINIO: 7 Rol/Relaciones CLASE: 3 Desempeño del rol NECESIDAD: 10 Comunicación PATRÓN: 8 Rol-relaciones	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro del funcionamiento social. • Disconfort en situaciones sociales. • Insatisfacción con los compromisos sociales. • Interacción disfuncional con otras personas. • La familia expresa cambios en la interacción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración en el autoconcepto. • Alteración en los procesos de pensamiento. • Barreras en el entorno. • Conocimiento insuficiente sobre cómo fomentar la reciprocidad. • Disonancia sociocultural. • Habilidades insuficientes para mejorar la reciprocidad. • Obstáculos en la comunicación.
RESULTADOS NOC. Indicadores.	INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.
<p>1502 HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL. Conductas personales que fomentan relaciones eficaces.</p> <p>Indicadores</p> <p>150201 Utiliza la divulgación si es apropiado/procedente.</p> <p>150202 Muestra receptividad si es apropiado/procedente.</p> <p>150203 Cooperar con los demás.</p> <p>150204 Muestra sensibilidad con los demás.</p> <p>150205 Muestra conducta de asertividad si procede.</p> <p>150207 Muestra consideración</p> <p>150208 Muestra sinceridad.</p> <p>150212 Se relaciona con los demás.</p> <p>150214 Se compromete según proceda.</p> <p>150217 Utiliza estrategias para abordar las limitaciones de comunicación.</p> <p>150218 Muestra un comportamiento no verbal congruente con la comunicación verbal.</p> <p>Escala 01: De Gravemente comprometido a No comprometido</p>	<p>4362 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA: Habilidades sociales. Ayudar al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar los problemas interpersonales derivados de déficit de habilidad social. • Considerar el uso de un programa de entrenamiento de conducta basado en habilidades interpersonales estandarizadas y evidenciadas. • Animar al paciente a manifestar verbalmente los sentimientos asociados con los problemas interpersonales. • Ayudar al paciente a identificar pautas posibles de acción y sus consecuencias sociales e interpersonales. • Identificar habilidades sociales específicas usando discusión guiada y ejemplos que serán el foco del entrenamiento. • Proporcionar retroalimentación (elogios o recompensas) al paciente sobre la realización de la habilidad social deseada. • Proporcionar retroalimentación al paciente y a los allegados sobre lo adecuado de sus respuestas sociales durante las situaciones de entrenamiento. • Animar al paciente y allegados a que autoevalúen los resultados esperados de sus interacciones sociales, autorrecompensen los resultados positivos y solucionen los problemas con resultados menos deseables.
DIAGNÓSTICO: 00052 DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL	

DIAGNÓSTICO: 00055 DESEMPEÑO INEFICAZ DEL ROL

DEFINICIÓN: Patrón de conducta y expresión propia que no concuerda con el contexto ambiental, las normas y las expectativas.

DOMINIO: 7 Rol/Relaciones

CLASE: 3 Desempeño del rol

NECESIDAD: 12 Trabajar/realizarse

PATRÓN: 8 Rol-relaciones

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación al cambio ineficaz. • Alteración de la percepción del rol. • Ambivalencia del rol. • Ansiedad. • Apoyo externo insuficiente para la asunción del rol. • Autogestión insuficiente. • Cambio en el patrón habitual de responsabilidad. • Cambio en la capacidad de retomar el rol. • Confianza insuficiente. • Conflicto del rol. • Confusión del rol. • Conocimiento insuficiente de los requisitos del rol. • Ejecución inefectiva del rol. • Depresión. • Habilidades insuficientes. • Violencia de género. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la imagen corporal. • Baja autoestima. • Conflicto. • Depresión. • Estrés. • Expectativas del rol poco realistas. • Mal uso de sustancias. • Modelo de rol inadecuado. • Preparación insuficiente para el desempeño del rol. • Sistema de apoyo insuficiente. • Violencia de género. • Psicosis (problema asociado). • Trastorno de personalidad (problema asociado).

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1501 DESEMPEÑO DEL ROL. Congruencia de la conducta de rol del individuo con las expectativas del rol.</p> <p>Indicadores 150101 Desempeño de las expectativas del rol 150102 Conocimiento de los períodos de transición del rol 150103 Desempeño de las conductas del rol familiar 150104 Desempeño de las conductas de rol social 150105 Desempeño de las conductas de rol laboral 150106 Desempeño de las conductas de rol de amistad</p> <p>Escala 06: De <i>Inadecuado</i> a <i>Completamente adecuado</i></p>	<p>5370 POTENCIACIÓN DE ROLES. Ayudar a un paciente, a un ser querido y/o a la familia a mejorar sus relaciones clarificando y complementando las conductas de roles específicos.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar los diversos roles en el ciclo vital. • Ayudar al paciente a identificar los roles habituales en la familia. • Ayudar al paciente a identificar períodos de transición de roles a lo largo de la vida. • Ayudar al paciente a identificar la insuficiencia de roles. • Ayudar al paciente a identificar las conductas necesarias para el desarrollo de roles. • Ayudar al paciente a identificar los cambios de roles específicos necesarios debido a enfermedades o discapacidades.
DIAGNÓSTICO: 00055 DESEMPEÑO INEFICAZ DEL ROL	

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

CLASES: 1. IDENTIDAD SEXUAL 2. FUNCIÓN SEXUAL 3. REPRODUCCIÓN ESCALA NOC: 13. De Nunca demostrado a Siempre demostrado	CLASE 2 FUNCIÓN SEXUAL <ul style="list-style-type: none">• Disfunción sexual (00059).• Patrón de sexualidad ineficaz (00065)
Clases y escala NOC	Diagnósticos enfermeros NANDA II
Patrón Funcional alterado	
9 SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN	

D.ª Mercedes Peña Granger

DIAGNÓSTICO: 00059 DISFUNCIÓN SEXUAL

DEFINICIÓN: Estado en que la persona experimenta un cambio en la función sexual durante las fases de respuesta sexual de deseo, excitación y/u orgasmo que se contempla como insatisfactorio, no gratificante o inadecuado.

DOMINIO: 8 Sexualidad

CLASE: 2 Función sexual

NECESIDAD: 10 Comunicación

PATRÓN: 9 Sexualidad-reproducción

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la excitación sexual. • Alteración de la satisfacción sexual. • Alteración en la actividad sexual. • Búsqueda de confirmación de ser deseable. • Cambio en el interés hacia los demás. • Cambio en el interés hacia sí mismo. • Cambio en el rol sexual. • Cambio no deseado en la función sexual. • Disminución del deseo sexual. • Percepción de limitación sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso psicosocial. • Ausencia de intimidad. • Conflicto de valores. • Conocimiento insuficiente sobre la función sexual. • Información errónea sobre la función sexual. • Modelo de rol inadecuado. • Presencia de abuso. • Vulnerabilidad. • Alteración del funcionamiento corporal (prob. asociado).

RESULTADOS NOC. Indicadores.**0119 FUNCIONAMIENTO SEXUAL.**

Integración de los aspectos físicos, socioemocionales e intelectuales de la manifestación y función sexual.

Indicadores

- 11901 Consigue la excitación sexual
- 11902 Erección sostenida del clítoris/pene hasta el orgasmo
- 11903 Excitación sostenida hasta el orgasmo
- 11904 Utiliza dispositivos de ayuda si es necesario
- 011908 Expresa comodidad con la manifestación sexual.
- 011909 Expresa autoestima.
- 011910 Expresa comodidad con su cuerpo
- 011911 Expresa interés sexual.
- 011913 Expresa voluntad sexual.

Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.

INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.**5248 ASESORAMIENTO SEXUAL.**

Utilización de un proceso de ayuda interactivo que se centre en la necesidad de realizar ajustes de la práctica sexual o para potenciar el afrontamiento de un suceso/trastorno sexual.

Plan de Cuidados

- Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad.
- Evaluar la presencia de estrés, ansiedad y depresión como posibles causas de la disfunción sexual.
- Comentar el efecto de la medicación y suplementos sobre la sexualidad.
- Animar al paciente a que verbalice los miedos y a que realice preguntas sobre el funcionamiento sexual.

5480 CLARIFICACIÓN DE VALORES.

Ayuda a una persona a clarificar sus propios valores con el objeto de facilitar la toma de decisiones eficaces.

Plan de Cuidados

- Crear una atmósfera de aceptación, sin prejuicios.
- Utilizar preguntas adecuadas para ayudar al paciente a reflexionar sobre la situación y lo que es personalmente importante.
- Plantear preguntas reflexivas, clarificadoras, que den al paciente algo en que pensar.
- Ayudar al paciente a definir alternativas y sus ventajas y desventajas.

DIAGNÓSTICO: 00059 DISFUNCIÓN SEXUAL

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>0119 FUNCIONAMIENTO SEXUAL. Integración de los aspectos físicos, socioemocionales e intelectuales de la manifestación y función sexual.</p> <p>Indicadores 11901 Consigue la excitación sexual 11902 Erección sostenida del clítoris/pene hasta el orgasmo 11903 Excitación sostenida hasta el orgasmo 11904 Utiliza dispositivos de ayuda si es necesario 011908 Expresa comodidad con la manifestación sexual. 011909 Expresa autoestima. 011910 Expresa comodidad con su cuerpo 011911 Expresa interés sexual. 011913 Expresa voluntad sexual.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>5248 ASESORAMIENTO SEXUAL. Utilización de un proceso de ayuda interactivo que se centre en la necesidad de realizar ajustes de la práctica sexual o para potenciar el afrontamiento de un suceso/trastorno sexual.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad. • Evaluar la presencia de estrés, ansiedad y depresión como posibles causas de la disfunción sexual. • Comentar el efecto de la medicación y suplementos sobre la sexualidad. • Animar al paciente a que verbalice los miedos y a que realice preguntas sobre el funcionamiento sexual. <p>5480 CLARIFICACIÓN DE VALORES. Ayuda a una persona a clarificar sus propios valores con el objeto de facilitar la toma de decisiones eficaces.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear una atmósfera de aceptación, sin prejuicios. • Utilizar preguntas adecuadas para ayudar al paciente a reflexionar sobre la situación y lo que es personalmente importante. • Plantear preguntas reflexivas, clarificadoras, que den al paciente algo en que pensar. • Ayudar al paciente a definir alternativas y sus ventajas y desventajas.
DIAGNÓSTICO: 00059 DISFUNCIÓN SEXUAL	
<p>DIAGNÓSTICO: 00065 PATRÓN DE SEXUALIDAD INEFICAZ DEFINICIÓN: Expresiones de preocupación respecto a la propia sexualidad DOMINIO: 8 Sexualidad CLASE: 2 Función sexual NECESIDAD: 10 Comunicación PATRÓN: 9 Sexualidad-reproducción</p>	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de las relaciones con personas significativas. • Alteración en la actividad sexual. • Alteración en la conducta sexual. • Cambio en el rol sexual. • Conflicto de valores. • Dificultad con la actividad sexual. • Dificultad con la conducta sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de intimidad. • Conflicto debido a preferencias cambiantes. • Conflicto sobre la orientación sexual. • Conocimiento insuficiente sobre alternativas relacionadas con la sexualidad. • Deterioro de la relación con una persona significativa. • Habilidades deficientes sobre alternativas relacionadas con la sexualidad. • Modelo de rol inadecuado. • Temor a las infecciones de transmisión sexual. • Temor al embarazo

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1207 IDENTIDAD SEXUAL. Reconocimiento y aceptación de la propia identidad sexual.</p> <p>Indicadores 120701 Afirmación del yo como un ser sexual. 120702 Sentido claro de la orientación sexual. 120703 Aceptación de la orientación sexual 120704 Integración de la orientación sexual con los roles de la vida. 120709 Refiere relaciones íntimas saludables. 120712 Utiliza precauciones para minimizar el riesgo asociado con su actividad sexual</p> <p>Escala 13: <i>De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</i></p>	<p>5248 ASESORAMIENTO SEXUAL. Utilización de un proceso de ayuda interactivo que se centre en la necesidad de realizar ajustes de la práctica sexual o para potenciar el afrontamiento de un suceso/trastorno sexual.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. • Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad. • Explicar al paciente al principio de la relación que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades, los medicamentos y el estrés (u otros problemas o sucesos que experimenta el paciente) a menudo alteran el funcionamiento sexual. • Animar al paciente a que verbalice los miedos y a que realice preguntas sobre el funcionamiento sexual. • Comenzar con los temas menos sensibles y pasar luego a los más delicados. • Evaluar la presencia de estrés, ansiedad y depresión como posibles causas de la disfunción sexual. • Comentar el efecto de la medicación y suplementos sobre la sexualidad. • Instruir al paciente sobre el uso de medicamentos que potencien la capacidad de desempeñar el papel sexual, si es el caso.
<p>1200 IMAGEN CORPORAL Percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales.</p> <p>Indicadores 120001 Imagen interna de sí mismo. 120002 Congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal. 120005 Satisfacción con el aspecto corporal. 120018 Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar la función corporal. 120008 Adaptación a cambios de la función corporal.</p> <p>Escala 11: <i>De Nunca positivo a Siempre positivo</i></p>	<p>5220 MEJORA DE LA IMAGEN CORPORAL Percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a identificar las partes del cuerpo que ofrecen percepciones positivas de sí mismo. • Ayudar a identificar acciones que mejoren su aspecto. • Determinar las expectativas corporales del paciente y la posibilidad de que le creen parálisis social si no son lo que espera de sí mismo. • Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, si procede.
<p>DIAGNÓSTICO: 00065 PATRÓN DE SEXUALIDAD INEFICAZ</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1207 IDENTIDAD SEXUAL. Reconocimiento y aceptación de la propia identidad sexual.</p> <p>Indicadores 120701 Afirmación del yo como un ser sexual. 120702 Sentido claro de la orientación sexual. 120703 Aceptación de la orientación sexual. 120704 Integración de la orientación sexual con los roles de la vida. 120709 Refiere relaciones íntimas saludables. 120712 Utiliza precauciones para minimizar el riesgo asociado con su actividad sexual</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>5230 MEJORAR EL AFRONTAMIENTO. Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos. • Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva. • Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles y las relaciones. • Valorar y comentar las respuestas alternativas a la situación. • Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. <hr/> <p>5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD. Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a identificar situaciones que provocan ansiedad. • Establecer actividades encaminadas a la reducción de la tensión. • Instruir sobre técnicas de relajación. • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
<p>DIAGNÓSTICO: 00065 PATRÓN DE SEXUALIDAD INEFICAZ</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1501 DESEMPEÑO DEL ROL: Congruencia de la conducta de rol del individuo con las expectativas del rol.</p> <p>Indicadores 150101 Desempeño de las expectativas del rol. 150111 Estrategias expresadas para el cambio de rol. 150112 Expresa comodidad con la expectativa del rol. 150113 Desempeño de las conductas del rol en la intimidad. 150116 Expresa comodidad con el(los) cambio(s) de rol.</p> <p>Escala 06: De <i>Inadecuado</i> a <i>Completamente adecuado</i>.</p>	<p>5370 POTENCIACIÓN DE ROLES. Ayudar a un paciente, a un ser querido y/o a la familia a mejorar sus relaciones clarificando y complementando las conductas de roles específicos.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a identificar una descripción realista del cambio de rol. • Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas en los cambios de roles. • Facilitar el ensayo de roles consiguiendo que el paciente se anticipe a las reacciones de los demás ante la adopción de dicho rol. <p>5624 ENSEÑANZA: Sexualidad. Ayudar a las personas a comprender las dimensiones físicas y psicosociales del crecimiento y desarrollo sexuales.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentar cuáles son los valores, la forma de obtenerlos y los efectos que tienen en nuestras opciones en la vida. • Discutir la conducta sexual y las formas adecuadas de expresar los propios sentimientos y necesidades. • Informar acerca de medios anticonceptivos eficaces, según corresponda. • Discutir cómo los cambios en el envejecimiento (p. ej., medicamentos, condiciones médicas, enfermedades crónicas) pueden afectar los deseos y las acciones sexuales, según corresponda. <p>5240 ASESORAMIENTO. Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. • Demostrar empatía, calidez y sinceridad. • Favorecer la expresión de sentimientos. • Verbalizar la discrepancia entre los sentimientos y conducta del paciente. • Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades, según corresponda.
<p>DIAGNÓSTICO: 00065 PATRÓN DE SEXUALIDAD INEFICAZ</p>	

RESULTADOS NOC. Indicadores.	INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.
<p>1200 IMAGEN CORPORAL Percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales.</p> <p>Indicadores 120001 Imagen interna de sí mismo. 120002 Congruencia entre realidad corporal, ideal corporal e imagen corporal. 120005 Satisfacción con el aspecto corporal. 120018 Actitud hacia la utilización de estrategias para mejorar la función corporal. 120008 Adaptación a cambios de la función corporal.</p> <p>Escala 11: De Nunca positivo a Siempre positivo</p>	<p>5270 APOYO EMOCIONAL. Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentar con el paciente la experiencia emocional y su desencadenante. Ayudar a reconocer sentimientos como ansiedad, ira o tristeza, animándole a que los exprese. • Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. • Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos de decisiones. <p>5220 MEJORA DE LA IMAGEN CORPORAL Percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a identificar las partes del cuerpo que ofrecen percepciones positivas de sí mismo. • Ayudar a identificar acciones que mejoren su aspecto. • Determinar las expectativas corporales del paciente y la posibilidad de que le creen parálisis social si no son lo que espera de sí mismo. • Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, si procede.
<p>DIAGNÓSTICO: 00065 PATRÓN DE SEXUALIDAD INEFICAZ</p>	

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS

<p>CLASES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. RESPUESTAS POSTRAUMÁTICAS 2. RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO 3. ESTRÉS NEUROCOMPORTAMENTAL <p>ESCALA NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 01. De Gravemente comprometido a No comprometido 02. De Desviación grave del rango normal a Sin desviación del rango normal. 13. De Nunca demostrado a Siempre demostrado 14. De Grave a Ninguno 18. De No del todo satisfecho a Completamente satisfecho 19. De Siempre demostrado a Nunca demostrado 20. De Ningún conocimiento a Conocimiento extenso. 	<p>CLASE 1 RESPUESTAS POSTRAUMÁTICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome postraumático (00141). • Riesgo de transición migratoria complicada (00260) <p>CLASE 2 RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afrontamiento ineficaz (69). • Afrontamiento defensivo (71) • Afrontamiento familiar comprometido (74). • Ansiedad (146) (en revisión) • Duelo inadaptado (301). • Planificación ineficaz de actividades (199) • Deterioro de la regulación del estado de ánimo (00241) • Estrés por sobrecarga (00177) • Deterioro de la resiliencia (00210) • Negación ineficaz (00072) <p>CLASE 3 ESTRÉS NEUROCOMPORTAMENTAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de abstinencia agudo (00258)
Clases y escala NOC	Diagnósticos enfermeros NANDA II
Patrón Funcional alterado	
10 AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS	
8 ROL-RELACIONES	

D. Javier Sanz Calvo

DIAGNÓSTICO: 00141 SÍNDROME POSTRAUMÁTICO**DEFINICIÓN:** Persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador**DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés****CLASE: 1 Respuestas postraumáticas****NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad****PATRÓN: 10 Afrontamiento-tolerancia del estrés**

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Agresión. • Alienación. • Amnesia disociativa. • Ansiedad/Ataques de pánico. • Antecedentes de desvinculación. • Cambios de humor. • Cambios en la concentración. • Cefaleas. • Conductas compulsivas/de evitación • Culpabilidad. • Depresión./Desesperanza/Duelo • Enuresis. • Flashbacks. • Hipervigilancia. • Horror. • Ira/Irritabilidad. • Negación. • Pensamientos inquietantes. • Pesadillas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social insuficiente. • Conducta autolesiva. • Disminución de la fuerza del ego. • El entorno no atiende a las necesidades. • Percepción traumática del acontecimiento. • Rol de superviviente. • Sentido exagerado de responsabilidad. • Accidente grave (población de riesgo). • Acontecimientos fuera de la gama de experiencias humanas habituales (población de riesgo). • Amenaza grave a persona querida (población de riesgo). • Amenaza grave a sí mismo (población de riesgo). • Antecedentes de abusos (población de riesgo) (población de riesgo). • Exposición a desastres (población de riesgo). • Presenciar una muerte violenta (población de riesgo). • Profesiones al servicio humanitario (población de riesgo).

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1309 RESILIENCIA PERSONAL. A daptación y función positiva de un individuo después de una adversidad o crisis significativa.</p> <p>Indicadores 130901 Verbaliza una actitud positiva 130902 Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas 130903 Expresa emociones 130906 Muestra un estado de ánimo positivo 130907 Muestra una autoestima positiva 130912 Busca apoyo emocional 130914 Se adapta a adversidades como desafíos 130921 Se aparta de relaciones abusivas 130927 Utiliza los grupos de apoyo disponibles</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>8340 FOMENTAR LA RESILIENCIA. Ayudar a individuos, familias y comunidades en el desarrollo, uso y fortalecimiento de factores protectores para ser utilizados para afrontar factores estresantes ambientales y sociales.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el apoyo familiar. • Proporcionar a la familia/comunidad modelos de conducta convencional. • Fomentar que la familia/comunidad valore el logro. • Ayudar a los jóvenes a adquirir asertividad. • Ayudar a los jóvenes a desarrollar una conciencia social y global. • Facilitar el desarrollo y el uso de recursos del vecindario.
00141 SÍNDROME POSTRAUMÁTICO	

DIAGNÓSTICO: 00260 RIESGO DE TRANSICIÓN MIGRATORIA COMPLICADA

DEFINICIÓN: Susceptible de experimentar sentimientos negativos (soledad, temor, ansiedad) como respuesta a las consecuencias no satisfactorias y a las barreras culturales de la transición migratoria personal, que pueden comprometer la salud.

DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés

CLASE: 1 Respuestas postraumáticas

NECESIDAD: 11 Creencias/valores

PATRÓN: 10 Afrontamiento-tolerancia del estrés

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • El trabajo disponible está por debajo de la formación educativa. • Barreras culturales en el país receptor. • Barreras lingüísticas en el país receptor. • Condiciones insalubres de la vivienda. • Alojamiento masificado. • Conocimiento insuficiente sobre el proceso para acceder a los recursos del país receptor. • Apoyo social insuficiente en el país receptor. • Convivencia en la misma casa de muchas personas que no mantienen ninguna relación • Propietario del alojamiento abusivo. • Discriminación abierta. • Conflictos parento-filiales relacionados con la enculturación en el país receptor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Migración forzosa. • Condiciones de trabajo peligrosas por preparación inadecuada. • Situación ilegal en el país receptor. • Explotación laboral. • Situación económica precaria. • Separación de la familia del país de origen. • Separación de los amigos del país de origen. • Incumplimiento de las expectativas de la migración.

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1311 ADAPTACIÓN AL TRASLADO. Respuesta emocional y conductual adaptativa de un individuo cognitivamente sano a un cambio necesario en el entorno de vida.</p> <p>Indicadores 131101. Reconoce la razón del cambio en el entorno de vida. 131103. Expresa satisfacción con la rutina diaria. 131106. Expresa satisfacción con las relaciones sociales. 131111. Muestra un estado de ánimo positivo. 131116. Mantiene relaciones positivas con los demás en el nuevo entorno.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p> <p>131119. Ansiedad. 131120. Miedo. 131126. Soledad.</p> <p>Escala 19: De Siempre demostrado a Nunca demostrado.</p>	<p>5350 DISMINUCIÓN DEL ESTRÉS POR TRASLADO. Ayudar al individuo a prepararse y a afrontar el traslado de un entorno a otro.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Averiguar qué es lo más importante en la vida del individuo (p. ej., familia, amigos,...). • Animar al individuo y a la familia a comentar las preocupaciones respecto al traslado. • Favorecer el uso de estrategias de afrontamiento. • Evaluar los sistemas de apoyo disponibles (p. ej., familia ampliada, implicación de la comunidad, afiliaciones religiosas). • Controlar la presencia de signos y síntomas fisiológicos y psicológicos de estrés por traslado (p. ej. anorexia, ansiedad, depresión, aumento de exigencias y desesperanza). • Proporcionar actividades recreativas (p. ej. participación en aficiones, actividades cotidianas). • Evaluar el efecto de la alteración del estilo de vida, pérdida de hogar y adaptación al nuevo entorno.
DIAGNÓSTICO: 00260 RIESGO DE TRANSICIÓN MIGRATORIA COMPLICADA	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1305 MODIFICACIÓN PSICOSOCIAL: Cambio de vida. Respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un acontecimiento importante de la vida.</p> <p>Indicadores 130501. Establece metas realistas. 130502. Mantiene la autoestima. 130504. Refiere sentimientos de utilidad. 130506. Expresa optimismo sobre el futuro. 130509. Usa estrategias de superación efectivas. 130513. Utiliza apoyo social disponible.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>5230 MEJORAR EL AFRONTAMIENTO. Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar un ambiente de aceptación. • Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. • Fomentar las actividades sociales y comunitarias. • Presentar al paciente a personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito. • Proporcionar un entrenamiento en habilidades sociales adecuadas. • Reconocer la experiencia espiritual/cultural del paciente. • Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos. • Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y capacidades. • Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social. • Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles. • Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles.
<p>1203 SEVERIDAD DE LA SOLEDAD. Gravedad de los signos y síntomas emocionales, sociales o existenciales de aislamiento.</p> <p>Indicadores 120305 Sensación de no pertenencia. 120307 Sensación de aislamiento social. 120309 Sensación de ser excluido. 120312 Dificultad para establecer contacto con los demás.</p> <p>Escala 14. De Grave a Ninguno</p>	<p>5100 POTENCIACIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN. Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con los demás.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas. • Animar al paciente a desarrollar relaciones. • Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. • Fomentar las actividades sociales y comunitarias. • Ayudar al paciente a que aumente la conciencia de sus puntos fuertes y sus limitaciones en la comunicación con los demás. • Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente.
<p>DIAGNÓSTICO: 00260 RIESGO DE TRANSICIÓN MIGRATORIA COMPLICADA</p>	

RESULTADOS NOC. Indicadores.	INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.
<p>1211 NIVEL DE ANSIEDAD. Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.</p> <p>Indicadores 121105 Inquietud. 121108 Irritabilidad. 121113 Dificultades de aprendizaje. 121114 Dificultades para resolver problemas. 121117 Ansiedad verbalizada.</p> <p>Escala 14. De Grave a Ninguno</p>	<p>5270 APOYO EMOCIONAL. Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones. • Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. • Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo. • Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. • Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.

DIAGNÓSTICO: 00260 RIESGO DE TRANSICIÓN MIGRATORIA COMPLICADA

RESULTADOS NOC. Indicadores.	INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.
<p>3004 SATISFACCIÓN DEL PACIENTE: Cumplimiento de las necesidades culturales. Alcance de la percepción positiva de integración de creencias culturales, valores y estructuras sociales en los cuidados de enfermería.</p> <p>Indicadores 300401. Respeto de las creencias culturales. 300402. Respeto de las conductas culturales de salud. 300408. Incorporación de creencias culturales en la educación sanitaria. 300410. Uso de métodos creativos para establecer comunicación debido a diferencias de lenguaje. 300411. Consideración de las expectativas culturales.</p> <p>Escala 18: De No del todo satisfecho a Completamente satisfecho</p>	<p>7330 INTERMEDIACIÓN CULTURAL. Empleo intencionado de estrategias culturalmente adecuadas para establecer un puente o mediar entre la cultura del paciente y el sistema sanitario biomédico.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar una discusión abierta de las diferencias y semejanzas culturales. • Identificar, con el paciente, las prácticas culturales que pueden afectar negativamente a la salud, de forma que el paciente pueda elegir de manera informada. • Tratar las discrepancias abiertamente y aclarar los conflictos. • Dar al paciente más tiempo de lo normal para que asimile la información y medite la toma de una decisión • Disponer la adaptación cultural (p. ej., cenar tarde durante el Ramadán). • Dar cabida a la implicación de la familia para apoyar o cuidar directamente. • Proporcionar información al paciente sobre el sistema de asistencia sanitaria. • Ayudar a los otros profesionales de la salud a entender y aceptar las razones de incumplimiento del paciente. • Modificar el entorno terapéutico mediante la incorporación de elementos culturales adecuados. • Modificar las intervenciones convencionales (p. ej., enseñanza al paciente) de manera culturalmente adecuada.

DIAGNÓSTICO: 00260 RIESGO DE TRANSICIÓN MIGRATORIA COMPLICADA

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>2012 ESTADO DE COMODIDAD: Sociocultural. Tranquilidad social relacionada con relaciones interpersonales, familiares y sociales en un contexto cultural.</p> <p>Indicadores 201201. Apoyo social de la familia. 201202. Apoyo social de los amigos. 201207. Interacciones sociales con otros. 201208. Cuidados compatibles con creencias culturales. 201210. Incorporación de creencias culturales en las actividades diarias. 201211. Uso del lenguaje hablado. 201213. Uso de estrategias para favorecer la comunicación.</p> <p>Escala 01: De Gravemente comprometido a No comprometido</p>	<p>5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO. Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes. • Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos. • Remitir a un grupo de autoayuda, o a un recurso basado en Internet si se considera oportuno. • Implicar a la familia/allegados/amigos en los cuidados y la planificación. • Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo no utilizados o infrautilizados. • Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.
DIAGNÓSTICO: 00260 RIESGO DE TRANSICIÓN MIGRATORIA COMPLICADA	

DIAGNÓSTICO: 00069 AFRONTAMIENTO INEFICAZ DEFINICIÓN: Patrón de apreciación no válida sobre los agentes estresantes, con esfuerzos cognitivos y/o conductuales, que fracasan en la gestión de las demandas relacionadas con el bienestar. DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento NECESIDAD: 10 Comunicación PATRÓN: 10 Afrontamiento-tolerancia del estrés	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Acceso insuficiente al apoyo social • Cambio en los patrones de comunicación • Cambios en el patrón de sueño • Cambios en la concentración • Capacidad de resolución de problemas insuficiente • Conducta de riesgo • Conducta destructiva hacia los demás o hacia sí mismo. • Conducta dirigida al objetivo insuficiente • Dificultad para organizar la información • Enfermedades frecuentes • Estrategias de afrontamiento ineficaces • Habilidades de resolución de problemas insuficientes • Incapacidad para atender a la información • Incapacidad para manejar la situación • Incapacidad para pedir ayuda • Incapacidad para satisfacer las expectativas del rol • Incapacidad para satisfacer las necesidades básicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Alto grado de amenaza • Apoyo social insuficiente • Confianza inadecuada en la habilidad para manejar la situación • Estrategias de relajación de la tensión ineficaces • Imprecisión en la apreciación de la amenaza • Incapacidad para conservar la energía adaptativa • Oportunidades inadecuadas para prepararse para los estresores • Recursos inadecuados • Sentido de control insuficiente • Crisis madurativa • Crisis situacional

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1300 ACEPTACIÓN: Estado de salud. Acciones personales para reconciliar los cambios significativos en las circunstancias de salud.</p> <p>Indicadores 130002 Renuncia al concepto previo de salud personal. 130008 Reconoce la realidad de la situación de salud. 130010 Afrontamiento de la situación de salud. 130017 Se adapta al cambio en el estado de salud.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>5480 CLARIFICACIÓN DE VALORES. Ayuda a una persona a clarificar sus propios valores con el objeto de facilitar la toma de decisiones eficaces.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tener en cuenta los aspectos éticos y legales de la libre elección, dada la situación particular, antes de comenzar la intervención. • Ayudar al paciente a priorizar los valores. • Animar al paciente a hacer una lista de lo que es y no es importante en la vida y del tiempo que dedica a cada aspecto. • Crear una atmósfera de aceptación, sin prejuicios.
<p>1302 AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS. Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.</p> <p>Indicadores 130201 Identifica patrones de superación eficaces 130202 Identifica patrones de superación ineficaces 130203 Verbaliza sensación de control 130204 Refiere disminución de estrés 130207 Modifica el estilo de vida para reducir el estrés 130208 Se adapta a los cambios en desarrollo 130210 Adopta conductas para reducir el estrés 130212 Utiliza estrategias de superación efectivas</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>5230 MEJORAR EL AFRONTAMIENTO. Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva. • Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles y las relaciones. • Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. • Valorar y comentar las respuestas alternativas a la situación. • Desalentar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un fuerte estrés.
<p>1302 AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS. Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.</p> <p>Indicadores 130201 Identifica patrones de superación eficaces 130202 Identifica patrones de superación ineficaces 130203 Verbaliza sensación de control 130204 Refiere disminución de estrés 130207 Modifica el estilo de vida para reducir el estrés 130208 Se adapta a los cambios en desarrollo 130210 Adopta conductas para reducir el estrés 130212 Utiliza estrategias de superación efectivas</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO. Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes. • Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos. • Remitir a un grupo de autoayuda, o a un recurso basado en Internet si se considera oportuno. • Implicar a la familia/allegados/amigos en los cuidados y la planificación. • Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo no utilizados o infrautilizados. • Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas.
<p>DIAGNÓSTICO: 00069 AFRONTAMIENTO INEFICAZ</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1504 SOPORTE SOCIAL. Ayuda fiable de los demás.</p> <p>Indicadores 150405 Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas 150407 Refiere la existencia de personas que pueden ayudarle cuando lo necesita 150410 Refiere contactos sociales de soporte adecuados</p> <p>Escala 06: De <i>Inadecuado a Completamente adecuado.</i></p>	<p>7040 APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL. Ofrecer la información, consejos y apoyo necesarios para facilitar que el cuidado primario del paciente lo realice una persona distinta de un profesional sanitario.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. • Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios. • Identificar fuentes de cuidados por relevo. • Explorar con el cuidador cómo lo está afrontando.
<p>1401 AUTOCONTROL DE LA AGRESIÓN. Acciones personales para abstenerse de conductas violentas, combativas o destructivas hacia los demás.</p> <p>Indicadores 140101 Se abstiene de arrebatos verbales 140104 Se abstiene de dañar a los demás 140109 Controla los impulsos 140113 Identifica responsabilidad para mantener el control 140114 Identifica cuándo se siente agresivo 140115 Identifica alternativas a la agresión</p> <p>Escala 13: De <i>Nunca demostrado a Siempre demostrado.</i></p>	<p>4640 AYUDA PARA EL CONTROL DEL ENFADO. Facilitación de la expresión del enfado de manera adaptativa y no violenta.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer una compenetración y relación de confianza básicas con el paciente. • Animar a utilizar la colaboración para solucionar problemas. • Ayudar al paciente a identificar la causa del enfado. • Identificar la función que el enfado, la frustración y la ira cumplen para el paciente. • Identificar con el paciente los beneficios de la manifestación de enfado de una forma no violenta, que se adapte a las circunstancias. <p>4470 AYUDA EN LA MODIFICACIÓN DE SÍ MISMO Reafirmación del cambio autodirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personales importantes.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar las razones del paciente para desear cambiar. • Animar al paciente a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción con ellos
<p>DIAGNÓSTICO: 00069 AFRONTAMIENTO INEFICAZ</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1501 DESEMPEÑO DEL ROL. Congruencia de la conducta de rol del individuo con las expectativas del rol.</p> <p>Indicadores 150101 Desempeño de las expectativas del rol 150103 Desempeño de las conductas del rol familiar 150104 Desempeño de las conductas de rol social 150105 Desempeño de las conductas de rol laboral 150107 Descripción de los cambios de rol con la enfermedad o la incapacidad 150111 Estrategias expresadas para el cambio de rol</p> <p>Escala 06: De <i>Inadecuado</i> a <i>Completamente adecuado</i>.</p>	<p>5210 ORIENTACIÓN ANTICIPATORIA. Reafirmación del cambio autodirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personales importantes.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar la posible aparición de crisis del desarrollo y/o circunstancial y los efectos que tal crisis podría tener en la vida personal y familiar. • Determinar los métodos habituales de solución de problemas del paciente. • Ayudar al paciente a decidir la forma de solucionar el problema. <p>4360 MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA. Promoción de un cambio de conducta.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la motivación del paciente para un cambio de conducta. • Ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y reforzarlos. • Ayudar al paciente a identificar incluso los pequeños éxitos logrados. • Comentar el proceso de modificación de la conducta con el paciente/allegados.
DIAGNÓSTICO: 00069 AFRONTAMIENTO INEFICAZ	
<p>DIAGNÓSTICO: 00071 AFRONTAMIENTO DEFENSIVO DEFINICIÓN: Proyección repetida de una autoevaluación falsamente positiva basada en un patrón protector que defiende a la persona de lo que percibe como amenazas subyacentes a su autoimagen positiva. DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad PATRÓN: 10 Afrontamiento-tolerancia del estrés</p>	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Actitud de superioridad respecto a los demás • Alteración en la evaluación de la realidad • Dificultad en el mantenimiento de relaciones • Dificultad para establecer relaciones • Distorsión de la realidad • Grandiosidad • Hipersensibilidad a la descortesía • Hipersensibilidad a las críticas • Negación de debilidades • Negación de problemas • Participación insuficiente en el tratamiento • Proyección de la culpa • Proyección de la responsabilidad • Racionalización de los fracasos • Ridiculización de los demás • Risa hostil • Seguimiento insuficiente del tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoconfianza insuficiente • Confianza insuficiente en los demás • Conflicto entre la autopercepción y el sistema de valores • Expectativas propias no realistas • Incertidumbre • Resiliencia insuficiente • Sistema de apoyo insuficiente • Temor a la humillación • Temor a las repercusiones • Temor al fracaso

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1300 ACEPTACIÓN: Estado de salud. Acciones personales para reconciliar los cambios significativos en las circunstancias de salud.</p> <p>Indicadores 130002 Renuncia al concepto previo de salud personal. 130008 Reconoce la realidad de la situación de salud. 130010 Afrontamiento de la situación de salud. 130017 Se adapta al cambio en el estado de salud.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>5400 POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA. Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía. • Determinar el locus de control del paciente. • Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes. • Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación. • Reafirmar los puntos fuertes personales que identifique el paciente. • Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. • Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. • Observar los niveles de autoestima a lo largo del tiempo, según corresponda.
<p>1202 IDENTIDAD PERSONAL. Acciones personales que diferencian lo propio y lo impropio, caracterizando la esencia de uno mismo.</p> <p>Indicadores 120201 Verbaliza afirmaciones de identidad personal 120202 Exhibe un comportamiento verbal y no verbal congruente sobre uno mismo 120207 Realiza roles sociales 120209 Afronta las creencias erróneas sobre uno mismo 120218 Verbaliza autoestima</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>5390 POTENCIACIÓN DE LA AUTOCONCIENCIA. Ayudar a un paciente a que explore y comprenda sus pensamientos, sentimientos, motivaciones y conductas.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos. • Ayudar al paciente a identificar los valores que contribuyen al autoconcepto. • Compartir observaciones o pensamientos sobre la conducta o la respuesta del paciente. • Facilitar la identificación por parte del paciente de sus formas de respuesta habituales a diversas situaciones. • Ayudar al paciente a identificar los sentimientos habituales que tiene de sí mismo.
<p>DIAGNÓSTICO: 00071 AFRONTAMIENTO DEFENSIVO</p>	

DIAGNÓSTICO: 00074 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO

DEFINICIÓN: Una persona de referencia que habitualmente brinda apoyo (familiar, persona significativa o amigo íntimo), proporcionando confort, ayuda o estímulo, o una asistencia o estímulo necesario para que el paciente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su cambio en la salud, lo hace de manera insuficiente o ineficaz, o dicho apoyo se ve comprometido.

DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento

NECESIDAD: 10 Comunicación

PATRÓN: 10 Afrontamiento-tolerancia del estrés

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none">• Conducta protectora de la persona de referencia incongruente con las habilidades del paciente.• Conducta protectora de la persona de referencia incongruente con las necesidades de autonomía del paciente.• El paciente expresa una queja por la respuesta de la persona de referencia al problema de salud.• La persona de referencia abandona al paciente.• La persona de referencia manifiesta comprensión inadecuada que interfiere en las conductas eficaces.• La persona de referencia manifiesta conocimiento insuficiente que interfiere en las conductas eficaces.• La persona de referencia manifiesta preocupación por las propias reacciones ante las necesidades del paciente.• Las conductas de asistencia de la persona de apoyo producen resultados insatisfactorios• Limitación de la comunicación entre la persona de referencia y el paciente.• Preocupación del paciente por la respuesta de la persona de referencia al problema de salud	<ul style="list-style-type: none">• Agotamiento de la capacidad de apoyo de la persona de referencia.• Apoyo insuficiente del paciente a la persona de referencia.• Apoyo recíproco insuficiente.• Comprensión errónea de la información por la persona de referencia.• Comprensión insuficiente de la información por la persona de referencia.• Desorganización familiar.• Información disponible insuficiente para la persona de referencia.• Información errónea obtenida por la persona de referencia.• Preocupación de la persona de referencia por cuestiones ajenas a la familia.• Situaciones coexistentes que afectan a la persona de referencia.• Enfermedad prolongada que agota la capacidad de la persona de referencia (población de riesgo)

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>2604 NORMALIZACIÓN DE LA FAMILIA. Capacidad de la familia para desarrollar estrategias para el funcionamiento óptimo cuando uno de sus miembros tiene una enfermedad crónica o discapacidad.</p> <p>Indicadores 260403 Mantiene las rutinas habituales 260405 Adapta las rutinas familiares para satisfacer las necesidades del miembro afectado 260415 Utiliza grupos de apoyo de la comunidad 260418 Explica que la vida familiar ha vuelto al estado precrisis</p> <p><i>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</i></p>	<p>7140 APOYO A LA FAMILIA. Fomento de los valores, intereses y objetivos familiares.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente. • Determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico. • Favorecer una relación abierta de confianza con la familia. • Crear un ambiente terapéutico de apoyo para la familia. • Escuchar las preocupaciones, sentimientos y preguntas de la familia. • Ayudar a organizar una red de recursos diseñados para proporcionar servicios de apoyo. • Proporcionar cuidados al paciente en lugar de la familia para aliviar su carga y también cuando esta no pueda ocuparse.
<p>2600 AFRONTAMIENTO DE LOS PROBLEMAS DE LA FAMILIA. Capacidad de la familia para controlar los factores estresantes que comprometen los recursos familiares.</p> <p>Indicadores 260003 Enfrenta los problemas familiares 260006 Implica a los miembros de la familia en la toma de decisiones 260007 Expresa sentimientos y emociones abiertamente entre los miembros 260013 Organiza momentos de descanso 260019 Comparte responsabilidad en las tareas familiares 260024 Utiliza el sistema de apoyo familiar disponible 260025 Utiliza los recursos de la comunidad disponibles</p> <p><i>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</i></p>	<p>7200 FOMENTAR LA NORMALIZACIÓN FAMILIAR. Ayudar a los progenitores y otros familiares de niños con enfermedades crónicas o discapacidades a tener experiencias vitales normales para sus niños y familias.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer los recursos de cuidados por relevo comunitarios. • Animar a la familia a mantener una red social y un sistema de apoyo habituales. • Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente. • Identificar las preferencias de los miembros de la familia para implicarse con el paciente. • Facilitar la comprensión de los aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia. • Ayudar a los miembros de la familia a poner en práctica estrategias de normalización de su situación.
	<p>7130 MANTENIMIENTO DE LOS PROCESOS FAMILIARES. Minimizar los efectos de la alteración de los procesos familiares.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer programas de actividades de cuidado en casa para el paciente que minimicen la alteración de la rutina familiar. • Identificar los efectos derivados del cambio de papeles en los procesos familiares. • Comentar las estrategias de normalización de la vida familiar con la familia.
<p>DIAGNÓSTICO: 00074 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO</p>	

DIAGNÓSTICO: 000146 ANSIEDAD

DEFINICIÓN: Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente no específico, una catástrofe o una desgracia

DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento

NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad PATRÓN: 7 Autopercepción-autoconcepto

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS		FACTORES RELACIONADOS
CONDUCTUALES <ul style="list-style-type: none"> • Conducta de exploración. • Hipervigilancia. • Inquietud. • Insomnio. • Preocupación a causa de cambios en acontecimientos vitales. 	AFECTIVAS <ul style="list-style-type: none"> • Angustia. • Aprensión. • Nerviosismo. • Sufrimiento. • Temor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Amenaza al estatus habitual. • Amenaza de muerte. • Conflicto de valores. • Contagio interpersonal. • Estresores. • Mal uso de sustancias. • Necesidades no satisfechas. • Transmisión interpersonal. • Antecedentes familiares de ansiedad (población de riesgo). • Crisis situacional (población de riesgo)
FISIOLÓGICAS <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la sudoración. • Aumento de la tensión. • Temblor. • Temblor de manos. • Tensión facial. • Voz temblorosa. 	COGNITIVAS <ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la atención. • Bloqueo de pensamientos. • Cambios en la concentración. • Conciencia de los síntomas fisiológicos. • Disminución del campo perceptivo • Preocupación. 	
SIMPÁTICAS <ul style="list-style-type: none"> • Aumento frecuencia cardiaca y respiratoria. • Palpitaciones cardiacas. • Diarrea 	PARASIMPÁTICAS <ul style="list-style-type: none"> • Fatiga • Frecuencia urinaria • Mareos y náuseas 	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1608 CONTROL DE SÍNTOMAS. Acciones personales para minimizar los cambios adversos percibidos en el funcionamiento físico y emocional.</p> <p>Indicadores 160801 Reconoce el comienzo del síntoma 160806 Utiliza medidas preventivas 160811 Refiere control de los síntomas</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>6160 INTERVENCIÓN EN CRISIS. Utilización de asesoramiento a corto plazo para ayudar al paciente a afrontar una crisis y retomar un estado de funcionamiento mejor o igual al estado previo a la crisis.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar en la identificación de factores desencadenantes y de la dinámica de la crisis. • Ayudar en la identificación de puntos fuertes y habilidades personales que puedan utilizarse en la resolución de la crisis. • Ayudar en la identificación de habilidades pasadas/ presentes para afrontar la crisis y su eficacia. • Ayudar en el desarrollo de nuevas habilidades de afrontamiento y de solución de problemas, si resulta necesario.
DIAGNÓSTICO: 000146 ANSIEDAD	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1211 NIVEL DE ANSIEDAD. Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.</p> <p>Indicadores 121101 Desasosiego 121102 Impaciencia 121103 Manos húmedas 121105 Inquietud 121106 Tensión muscular 121115 Ataque de pánico</p> <p>Escala 14. De Grave a Ninguno</p> <p>1212 NIVEL DE ESTRÉS. Gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente.</p> <p>121201 Aumento de la presión arterial 121205 Aumento de la tensión muscular en el cuello, hombros y espalda 121206 Cefalea tensional 121208 Boca y garganta secas 121212 Malestar estomacal 121218 Incapacidad para concretarse en las tareas</p> <p>Escala 14. De Grave a Ninguno</p>	<p>5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD. Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. • Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda. • Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad. <p>6040 TERAPIA DE RELAJACIÓN. Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva). • Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado. • Considerar la voluntad y capacidad de la persona para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada. • Fomentar la repetición o práctica frecuente de la(s) técnica(s) seleccionada(s).
<p>1216 NIVEL DE ANSIEDAD SOCIAL. Gravedad de la evasión irracional, aprensión, y angustia en anticipación de o durante las situaciones sociales.</p> <p>121601 Evita situaciones sociales. 121602 Evita personas desconocidas. 121603 Evita salir de casa 121604 Anticipación ansiosa de situaciones sociales. 121606 Activación de respuestas del sistema nervioso simpático.</p> <p>Escala 14. De Grave a Ninguno</p>	<p>5370 POTENCIACIÓN DE ROLES. Ayudar a un paciente, a un ser querido y/o a la familia a mejorar sus relaciones clarificando y complementando las conductas de roles específicos.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a imaginar cómo podría producirse una situación particular y cómo evolucionaría un rol. • Facilitar el ensayo de roles consiguiendo que el paciente se anticipe a las reacciones de los demás ante la adopción de dicho rol. • Facilitar la oportunidad al paciente de que practique el rol con nuevas conductas
<p>DIAGNÓSTICO: 000146 ANSIEDAD</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1402 AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD. Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.</p> <p>140201 Monitoriza la intensidad de la ansiedad 140202 Elimina precursores de la ansiedad 140205 Planea estrategias para superar situaciones estresantes 140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad 140208 Refiere disminución de la duración de los episodios 140209 Refiere incremento de la duración del tiempo entre episodios 140221 Controla la respiración cuando está ansioso</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>5880 TÉCNICA DE RELAJACIÓN. Disminución de la ansiedad del paciente que presenta angustia aguda.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la calma de una manera deliberada. • Mantener el contacto visual con el paciente. • Permanecer con el paciente. • Sentarse y hablar con el paciente. • Facilitar la expresión de ira por parte del paciente de una manera constructiva. • Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad (p. ej., técnicas de respiración lenta, distracción, visualización, meditación, relajación muscular progresiva, escuchar música calmante), según corresponda. • Proporcionar ansiolíticos, según se precise.
DIAGNÓSTICO: 000146 ANSIEDAD	

DIAGNÓSTICO: 00301 DUELO INADAPTADO		
<p>DEFINICIÓN: Trastorno que ocurre tras la muerte de una persona significativa, en el que la experiencia del sufrimiento que acompaña al luto no sigue las expectativas socioculturales.</p> <p>DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento</p> <p>NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad</p> <p>PATRÓN: 10 Afrontamiento-tolerancia del estrés</p>		
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS	
<ul style="list-style-type: none"> • Anhelo de la persona fallecida • Ansiedad • Autoculpabilización • Búsqueda de la persona fallecida • Cavilación • Depresión • Desconfianza • Disminución en el desempeño de los roles vitales • Distrés traumático • Estrés excesivo • Evitación del duelo • Experimenta síntomas que había padecido el fallecido • Fatiga • Incredulidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Ira • Malestar en relación con la persona fallecida • Niveles bajos de intimidad • No aceptación de la muerte • Persistentes recuerdos dolorosos • Preocupación con pensamientos sobre la persona fallecida • Sensación de bienestar insuficiente • Sentimiento de shock • Sentimiento de vacío • Sentirse abrumado • Sentirse aturdido • Sentirse desvinculado de los demás • Sufrimiento por la separación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración emocional. • Apoyo social insuficiente. • Muerte de persona significativa.

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1304 RESOLUCIÓN DE LA AFLICCIÓN. Acciones personales para ajustar pensamientos, sentimientos y conductas a la pérdida real o inminente.</p> <p>Indicadores 130401 Resuelve sentimientos sobre la pérdida. 130402 Expresa creencias espirituales sobre la muerte. 130403 Verbaliza la realidad de la pérdida 130404 Verbaliza la aceptación de la pérdida 130405 Describe el significado de la pérdida 130420 Progresa a lo largo de las fases de la aflicción.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>5290 FACILITAR EL DUELO. Ayuda en la resolución de una pérdida significativa.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la pérdida. • Ayudar al paciente a identificar la naturaleza de apego al objeto o persona que se ha perdido • Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida. • Animar al paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos de la pérdida, tanto pasados como actuales. • Realizar afirmaciones empáticas sobre el duelo. • Explicar las fases del proceso de duelo, según corresponda. • Fomentar la expresión de sentimientos de una forma cómoda para el niño, escribiendo, dibujando o jugando. • Comentar la experiencia emocional con el paciente.
<p>1302 AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS. Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.</p> <p>Indicadores 130201 Identifica patrones de superación eficaces 130202 Identifica patrones de superación ineficaces 130203 Verbaliza sensación de control 130204 Refiere disminución de estrés 130207 Modifica el estilo de vida para reducir el estrés 130208 Se adapta a los cambios en desarrollo 130210 Adopta conductas para reducir el estrés 130212 Utiliza estrategias de superación efectivas</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>5270 APOYO EMOCIONAL. Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. • Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencia empática. <p>5420 APOYO ESPIRITUAL. Ayuda al paciente a sentir equilibrio y conexión con un poder sobrenatural.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar privacidad y momentos de tranquilidad para actividades espirituales. • Guiar al paciente/familia en la identificación de sentimientos dolorosos de culpa. <p>5300 FACILITAR LA EXPRESIÓN DEL SENTIMIENTO DE CULPA. Ayudar a una persona a afrontar los sentimientos dolorosos de responsabilidad, real o percibida.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente/familia a identificar y examinar las situaciones en las que se experimentan o generan estos sentimientos. • Dirigir al paciente por los pasos del autoperdón cuando la propia culpa está confirmada.
DIAGNÓSTICO: 00301 DUELO INADAPTADO	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1203 SEVERIDAD DE LA SOLEDAD. Gravedad de los signos y síntomas emocionales, sociales o existenciales de aislamiento.</p> <p>Indicadores 120304 Sensación de desesperanza 120307 Sensación de aislamiento social 120313 Dificultad para superar la separación 120318 Dificultad para tomar decisiones 120325 Malestar espiritual 120327 Depresión</p> <p>Escala 14. De Grave a Ninguno</p>	<p>7110 FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR. Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación personal con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado. • Identificar los déficits de autocuidado del paciente. • Anticipar e identificar las necesidades de la familia. • Identificar junto con los miembros de la familia las dificultades de afrontamiento del paciente. <p>5310 DAR ESPERANZA. Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente y familia a identificar las áreas de esperanza en la vida. • Ampliar el repertorio de mecanismos de afrontamiento del paciente. • Ayudar al paciente a expandir su yo espiritual. • Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados. <p>4920 ESCUCHA ACTIVA. Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes verbales y no verbales del paciente.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hacer preguntas o afirmaciones que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. • Mostrar conciencia y sensibilidad hacia las emociones. • Escuchar los mensajes y sentimientos no expresados y además atender al contenido de la conversación. • Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones. <p>5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO. Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos. • Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias. • Remitir a un grupo de autoayuda, o a un recurso basado en internet si se considera oportuno.
<p>DIAGNÓSTICO: 00301 DUELO INADAPTADO</p>	

DIAGNÓSTICO: 00199 PLANIFICACIÓN INEFICAZ DE ACTIVIDADES**DEFINICIÓN:** Incapacidad para prepararse para un conjunto de acciones fijadas en el tiempo y bajo ciertas condiciones.

DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés

CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento

NECESIDAD: 12 Trabajar/realizarse

PATRÓN: 6 Cognitivo-perceptivo

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad excesiva sobre la tarea a realizar. • Ausencia de un plan. • Falta de logros para la tarea elegida. • Habilidades organizativas insuficientes. • Patrón de fracasos. • Preocupación por la tarea a realizar. • Recursos insuficientes. • Temor a la tarea a realizar 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social insuficiente. • Habilidad insuficiente para procesar la información. • Percepción no realista de las habilidades personales. • Hedonismo. • Percepción no realista de las habilidades personales. • Percepción no realista del acontecimiento.

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1209 MOTIVACIÓN. Impulso interno que mueve o incita a un individuo a acciones positivas.</p> <p>Indicadores 120902 Desarrolla un plan de acción 120905 Inicia conductas dirigidas hacia los objetivos 120912 Finaliza las tareas 120915 Expresa intención de actuar</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>4480 FACILITAR LA AUTORRESPONSABILIDAD. Animar a un paciente a que asuma más responsabilidad de su propia conducta.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar responsable al paciente de su propia conducta. • Fomentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad. • Ayudar a los pacientes a identificar las áreas en las que podrían fácilmente asumir más responsabilidad. • Fomentar el establecimiento de metas. <p>4410 ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS COMUNES. Colaboración con el paciente para identificar y dar prioridad a los objetivos de cuidados y desarrollar luego un plan para alcanzar estos objetivos.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente y a sus allegados a desarrollar expectativas realistas de ellos mismos en el desempeño de sus papeles. • Identificar el reconocimiento por parte del paciente de su propio problema. • Ayudar al paciente a identificar objetivos realistas y asequibles. • Establecer los objetivos en términos positivos. • Animar al paciente a establecer los objetivos de manera clara, evitando el uso de alternativas.

DIAGNÓSTICO: 00199 PLANIFICACIÓN INEFICAZ DE ACTIVIDADES

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1600 CONDUCTA DE ADHESIÓN. Acciones autoiniciadas para fomentar el bienestar, la recuperación y la rehabilitación óptimas.</p> <p>Indicadores 160001 Pregunta cuestiones 160002 Busca información relacionada con la salud a partir de diversas fuentes. 160004 Contrapesa los riesgos y los beneficios de la conducta sanitaria 160008 Refiere el uso de estrategias para eliminar una conducta insalubre 160011 Realiza actividades de la vida diaria compatibles con su energía y tolerancia</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>5510 EDUCACIÓN PARA LA SALUD. Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables. • Ayudar a las personas, familia y comunidades para clarificar las creencias y valores sanitarios. • Formular los objetivos del programa de Educación para la salud. <p>4470 AYUDA EN LA MODIFICACIÓN DE SÍ MISMO. Reafirmación del cambio autodirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personales importantes.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a examinar los valores y creencias personales y la satisfacción con ellos. • Valorar las razones del paciente para desear cambiar. • Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica. • Ayudar al paciente a identificar las conductas diana que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada.
<p>1635 GESTIÓN DEL TIEMPO PERSONAL: Acciones personales para concluir los compromisos en un periodo de tiempo esperado con el mínimo estrés.</p> <p>Indicadores 163502 Establece objetivos a corto plazo 163503 Establece objetivos a largo plazo 163504 Identifica un periodo de tiempo realista para cada actividad 163509 Planifica las actividades de la semana 163520 Mantiene la organización en el espacio personal</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>4310 TERAPIA DE ACTIVIDAD. Prescripción de actividades físicas, cognitivas, sociales y espirituales específicas para aumentar el margen, frecuencia o duración de la actividad de un individuo, así como ayuda con ellas.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas. • Colaborar con los terapeutas ocupacionales, recreacionales y/o fisioterapeutas en la planificación y control de un programa de actividades, según corresponda. • Ayudar al paciente a explorar el significado personal de la actividad habitual (p. ej., trabajo) y/o actividades recreativas favoritas.
DIAGNÓSTICO: 00199 PLANIFICACIÓN INEFICAZ DE ACTIVIDADES	

DIAGNÓSTICO: 00241 DETERIORO DE LA REGULACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO

DEFINICIÓN: Estado mental caracterizado por cambios de humor o afecto, formado por una constelación de manifestaciones afectivas, cognitivas, somáticas y/o fisiológicas que varían de leves a graves.

DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés

CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento

NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad

PATRÓN: 10 Afrontamiento-tolerancia del estrés

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Actitud triste. • Agitación psicomotora. • Autoconciencia excesiva. • Autoestima afectada • Autoinculpación excesiva • Cambios en la conducta verbal. • Culpa excesiva. • Desesperanza. • Desinhibición. • Disforia. • Irritabilidad. • Pensamientos de huida • Retraimiento. • Retraso psicomotor. • Deterioro en la concentración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social. • Ansiedad. • Cambio en el apetito. • Cambios en el peso. • Cambios en el patrón de sueño. • Deterioro del funcionamiento social • Dolor. • Hipervigilancia. • Mal uso de sustancias. • Pensamientos recurrentes de muerte y/o suicidio. • Soledad.

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1204 EQUILIBRIO EMOCIONAL Adaptación apropiada del tono emocional predominante en respuesta a las circunstancias.</p> <p>Indicadores 120401. Muestra un afecto adecuado a la situación. 120402. Muestra un estado de ánimo sereno. 120404. Refiere dormir de forma adecuada. 120405. Muestra concentración. 120406. Conversa a un ritmo moderado. 120408. Grandiosidad/Pomposidad. 120409. Euforia. 120416. Ideas suicidas. 120417. Refiere un nivel de energía estable. 120420. Depresión. 120422. Hiperactividad. 120423. Mantiene el arreglo y la higiene personal.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>5330 CONTROL DEL ESTADO DE ÁNIMO. Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo disfuncionalmente deprimido o eufórico.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente. • Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigilia. • Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás. • Ayudar al paciente a controlar conscientemente el estado de ánimo. Ayudar al paciente a identificar los factores desencadenantes del estado de ánimo disfuncional. • Animar al paciente a adoptar un papel activo en el tratamiento/rehabilitación. • Administrar medicamentos estabilizadores del estado de ánimo. Tomar muestras y controlar los niveles séricos de los medicamentos (antidepresivos tricíclicos, litio, anticomociales), según corresponda.

DIAGNÓSTICO: 00241 DETERIORO DE LA REGULACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1803 CONOCIMIENTO: Proceso de la enfermedad. Grado de conocimiento transmitido sobre el proceso de una enfermedad concreta y las complicaciones potenciales.</p> <p>Indicadores 180302. Características de la enfermedad. 180303. Causa o factores contribuyentes. 180304. Factores de riesgo. 180306. Signos y síntomas de la enfermedad. 180307. Curso habitual de la enfermedad 180316. Grupos de apoyo disponibles.</p> <p>Escala 20: De Ningún conocimiento a Conocimiento extenso</p>	<p>5602 ENSEÑANZA: Proceso de la enfermedad. Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad. • Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, según corresponda. • Describir el proceso de la enfermedad. • Identificar las etiologías posibles. • Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad. • Describir las posibles complicaciones crónicas. • Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas que debe notificar al profesional sanitario. <p>5604 ENSEÑANZA: Grupo. Desarrollo, puesta en práctica y evaluación de un programa de educación para un grupo de personas que experimentan el mismo problema de salud.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar al paciente/allegados al programa educativo y a los objetivos diseñados que hay que conseguir • Evaluar el progreso del paciente en el programa y el dominio del contenido. • Incluir a la familia/allegados, si resulta oportuno.
<p>1808 CONOCIMIENTO: Medicación. Grado de conocimiento transmitido sobre el uso seguro de la medicación.</p> <p>Indicadores 180801 Importancia de informar al profesional sanitario de toda la medicación actual 180805. Efectos secundarios de la medicación. 180810. Uso correcto de la medicación prescrita. 180819. Efectos terapéuticos de la medicación.</p> <p>Escala 20: De Ningún conocimiento a Conocimiento extenso</p>	<p>5616 ENSEÑANZA: Medicamentos prescritos. Preparar al paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente acerca de la administración/aplicación adecuada de cada medicamento. • Informar sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación. • Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento • Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. • Informar al paciente sobre lo que tiene que hacer si se pasa por alto una dosis.
<p>DIAGNÓSTICO: 00199 PLANIFICACIÓN INEFICAZ DE ACTIVIDADES</p>	

DIAGNÓSTICO: 00177 ESTRÉS POR SOBRECARGA DEFINICIÓN: Excesiva cantidad y tipo de demandas que requieren acción. DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad PATRÓN: 10 Afrontamiento-tolerancia del estrés	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de conductas coléricas. • Aumento de la impaciencia. • Aumento de la ira. • Deterioro del funcionamiento. • Deterioro en la toma de decisiones. • Estrés excesivo. • Impacto negativo del estrés (síntomas físicos, distrés psicológico, sensación de malestar). • Sensación de presión. • Tensión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estresores. • Factores estresantes repetidos. • Recursos insuficientes (económicos, sociales, conocimientos).
RESULTADOS NOC. Indicadores.	INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.
<p>1302 AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS. Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.</p> <p>Indicadores 130201 Identifica patrones de superación eficaces 130202 Identifica patrones de superación ineficaces 130203 Verbaliza sensación de control 130204 Refiere disminución de estrés 130207 Modifica el estilo de vida para reducir el estrés 130208 Se adapta a los cambios en desarrollo 130210 Adopta conductas para reducir el estrés 130212 Utiliza estrategias de superación efectivas</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>5230 MEJORAR EL AFRONTAMIENTO. Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. • Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo. • Ayudar a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos. • Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles y relaciones. • Estudiar con el paciente métodos anteriores en el manejo de situaciones vitales. • Animar al paciente a desarrollar relaciones. • Presentar al paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito. • Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos. • Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social • Ayudar a identificar sistemas de apoyo disponibles. • Estimular la implicación familiar, según corresponda.
DIAGNÓSTICO: 00177 ESTRÉS POR SOBRECARGA	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1212 NIVEL DE ESTRÉS. Gravedad de la tensión física o mental manifestada como consecuencia de factores que alteran un equilibrio existente.</p> <p>Indicadores 121201 Aumento de la presión arterial 121205 Aumento de la tensión muscular en el cuello, hombros y espalda 121206 Cefalea tensional 121208 Boca y garganta secas 121212 Malestar estomacal</p> <p>Escala 14. De Grave a Ninguno</p>	<p>5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD. Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escuchar con atención. • Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Establecer actividades recreativas. • Ayudar a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. • Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad.
<p>1214 NIVEL DE AGITACIÓN. Gravedad de las manifestaciones de los trastornos fisiológicos y conductuales del estrés o desencadenantes bioquímicos.</p> <p>Indicadores 121401. Dificultad para procesar información. 121402 Inquietud 121403 Frustración. 121404 Irritabilidad. 121408. Dificultad para continuar las tareas. 121421. Labilidad emocional. 121432. Insomnio.</p> <p>Escala 14. De Grave a Ninguno</p>	<p>4640 AYUDA PARA EL CONTROL DEL ENFADO. Facilitación de la expresión del enfado de manera adaptativa y no violenta.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un acercamiento que sea sereno y que dé seguridad. • Determinar las expectativas de comportamiento adecuadas para la expresión del enfado, dado el nivel de funcionamiento cognitivo y físico del paciente. • Ayudar al paciente a identificar la causa del enfado. • Limitar el acceso a situaciones frustrantes hasta que el paciente sea capaz de expresar el enfado de una manera adaptada a las circunstancias. • Establecer la expectativa de que el paciente puede controlar su comportamiento. <p>6040 TERAPIA DE RELAJACIÓN. Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (música, meditación, respiración rítmica, relajación mandibular y relajación muscular progresiva). • Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente. • Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable. • Fomentar la repetición o práctica frecuente de la(s) técnica(s) seleccionada(s).
<p>DIAGNÓSTICO: 00177 ESTRÉS POR SOBRECARGA</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>2208 FACTORES ESTRESANTES DEL CUIDADOR FAMILIAR. Gravedad de la presión biopsicosocial sobre un cuidador familiar por parte de otro durante un extenso período de tiempo.</p> <p>Indicadores 220801. Factores estresantes referidos por el cuidador. 220802 Limitaciones físicas del cuidador. 220803. Limitaciones psicológicas del cuidador. 220805 Conflicto del rol 220807. Ausencia de apoyo social percibido. 220813 Alteración de la relación entre el cuidador y el paciente. 220818. Ausencia de apoyo del profesional sanitario.</p> <p>Escala 14. De Grave a Ninguno</p>	<p>5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO. Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo. • Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes. • Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos. • Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo no utilizados o infrautilizados. • Observar la situación familiar actual y la red de apoyo. • Remitir a un grupo de autoayuda, o a un recurso basado en internet si se considera oportuno. • Identificar los recursos disponibles para el apoyo del cuidador.
DIAGNÓSTICO: 00177 ESTRÉS POR SOBRECARGA	

DIAGNÓSTICO: 00210 DETERIORO DE LA RESILIENCIA

DEFINICIÓN: Disminución de la capacidad para recuperarse de una situación adversa o cambiante, a través de un proceso dinámico de adaptación.

DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés C

LASE: 2 Respuestas de afrontamiento

NECESIDAD: 12 Trabajar/realizarse

PATRÓN: 10 Afrontamiento-tolerancia del estrés

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social. • Baja autoestima. • Culpabilidad. • Depresión. • Deterioro del estado de salud. • Disminución del interés en actividades académicas y/o vocacionales. • Elevación renovada del distrés. • Estrategias de afrontamiento ineficaces. • Integración ineficaz • Sensación de control ineficaz • Vergüenza 	<ul style="list-style-type: none"> • Mal uso de sustancias. • Adaptación familiar ineficaz. • Control de impulsos insuficiente. • Alteración de las dinámicas familiares • Apoyo social insuficiente. • Cambio en los roles y rutinas familiares. • Paternidad inconsistente. • Coexistencia de múltiples situaciones adversas. • Percepción de vulnerabilidad. • Procesos familiares disfuncionales. • Recursos inadecuados o insuficientes. • Violencia en la comunidad.
RESULTADOS NOC. Indicadores.	INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.
<p>1309 RESILIENCIA FAMILIAR. Adaptación y función positiva de un individuo después de una adversidad o crisis significativa.</p> <p>Indicadores 130901. Verbaliza una actitud positiva. 130902. Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas. 130903. Expresa emociones. 130907. Muestra una autoestima positiva. 130910. Asume la responsabilidad de sus propias acciones. 130913. Sopesa alternativas para resolver problemas. 130914. Se adapta a adversidades como desafíos. 130932. Participa en actividades de ocio.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>8340 FOMENTAR LA RESILIENCIA. Ayudar a individuos, familias y comunidades en el desarrollo, uso y fortalecimiento de factores protectores para ser utilizados para afrontar factores estresantes ambientales y sociales.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la comunicación y cohesión familiar. • Proporcionar a la familia/comunidad modelos de conducta convencional. • Fomentar conductas positivas de búsqueda de salud. • Ayudar a los jóvenes a adquirir habilidades asertivas. • Ayudar a los jóvenes en el juego de roles de habilidades en la toma de decisiones. <p>5400 POTENCIACIÓN DE LA AUTOESTIMA. Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía. • Determinar la confianza del paciente en su propio criterio • Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes. • Ayudar al paciente a reexaminar las percepciones negativas que tiene de sí mismo. • Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación. • Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.
DIAGNÓSTICO: 00210 DETERIORO DE LA RESILIENCIA	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1302 AFRONTAMIENTO DE PROBLEMAS. Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.</p> <p>Indicadores 130201 Identifica patrones de superación eficaces 130202 Identifica patrones de superación ineficaces 130203 Verbaliza sensación de control 130204 Refiere disminución de estrés 130207 Modifica el estilo de vida para reducir el estrés 130208 Se adapta a los cambios en desarrollo 130210 Adopta conductas para reducir el estrés 130212 Utiliza estrategias de superación efectivas</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>5230 MEJORAR EL AFRONTAMIENTO. Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles y las relaciones. • Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. • Proporcionar un ambiente de aceptación. • Fomentar las actividades sociales y comunitarias. • Alentar a la familia a verbalizar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo. • Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.
<p>1208 NIVEL DE DEPRESIÓN. Intensidad de la melancolía y de la pérdida de interés por los acontecimientos de la vida.</p> <p>Indicadores 120801. Estado de ánimo deprimido. 120802. Pérdida de interés por actividades. 120803. Ausencia de placer con actividades. 120805. Expresión de culpa inapropiada o excesiva. 120809. Insomnio. 120810. Ganancia de peso. 120816. Enfado. 120821. Nivel de actividad alterado. 120825. Escasa higiene/cuidado personal. 120830. Hipersomnia. 120831. Pérdida de peso</p> <p>Escala 14: De Grave a Ninguno.</p>	<p>5330 CONTROL DEL ESTADO DE ÁNIMO. Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un humor disfuncionalmente deprimido o eufórico.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar los factores desencadenantes del estado de ánimo disfuncional (desequilibrios químicos, estresantes circunstanciales, duelo/pérdida y problemas físicos). • Administrar cuestionarios autocumplimentados (Inventario de depresión de Beck, escalas del estado funcional), según corresponda. • Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás. • Comprobar la capacidad de autocuidado (aseo, higiene, ingesta de alimentos/líquidos, evacuación). • Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente. • Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigilia (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación, limitar medicamentos sedantes y la cafeína). • Ayudar al paciente a expresar los sentimientos de una forma adecuada.
<p>DIAGNÓSTICO: 00210 DETERIORO DE LA RESILIENCIA</p>	

DIAGNÓSTICO: 00072 NEGACIÓN INEFICAZ

DEFINICIÓN: Intento consciente o inconsciente de pasar por alto el conocimiento o significado de un acontecimiento para reducir la ansiedad y/o el temor, que conduce a un detrimento de la salud.

DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés

CLASE: 2 Respuestas de afrontamiento

NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad

PATRÓN: 10 Afrontamiento-tolerancia del estrés

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Desplaza el origen de los síntomas. • Desplaza el temor del impacto de la afección. • Emociones inapropiadas. • Minimiza los síntomas. • Negación del temor a la invalidez y la muerte. • No acepta el impacto de la enfermedad sobre la vida. • No percibe la relevancia de los síntomas ni del peligro. • Rechaza los cuidados sanitarios. • Retraso en la búsqueda de atención sanitaria. • Usa gestos o comentarios de rechazo al hablar de acontecimientos dolorosos. • Usa tratamientos no prescritos por profesionales de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Amenaza de una realidad desagradable. • Ansiedad. • Apoyo emocional insuficiente. • Estrategias de afrontamiento ineficaces. • Estrés excesivo. • Percepción de incapacidad al tratar con emociones fuertes. • Sentido de control insuficiente. • Temor a la muerte. • Temor a la pérdida de autonomía o separación.

RESULTADOS NOC. Indicadores.**1300 ACEPTACIÓN: Estado de salud.**

Acciones personales para reconciliar los cambios significativos en las circunstancias de salud.

Indicadores

130002. Renuncia al concepto previo de salud personal.

130008. Reconoce la realidad de la situación de salud.

130010. Afrontamiento de la situación de salud.

130011. Toma decisiones relacionadas con la salud.

130013. Expresa que la vida es digna de ser vivida.

130017. Se adapta al cambio en el estado de salud.

130020. Expresa autoestima positiva.

INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.**5230 MEJORAR EL AFRONTAMIENTO:**

Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.

Plan de Cuidados

- Ayudar al paciente a descomponer los objetivos complejos en etapas pequeñas y manejables.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles y las relaciones.
- Proporcionar al paciente opciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados.
- Indagar las razones del paciente para su autocrítica.
- Alentar la verbalización de sentimientos y miedos.
- Comentar las consecuencias de no enfrentarse a los sentimientos de culpa y vergüenza.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.
- Alentar a la familia a verbalizar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo.

DIAGNÓSTICO: 00072 NEGACIÓN INEFICAZ

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1601 CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO. Acciones personales para seguir las recomendaciones de un profesional sanitario para una condición de salud específica.</p> <p>Indicadores 160103. Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito. 160105. Conserva la cita con un profesional sanitario. 160109. Busca ayuda externa para realizar la conducta sanitaria. 160114. Busca información acreditada sobre el diagnóstico. 160115. Busca información acreditada sobre el tratamiento.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>4470 AYUDA EN LA MODIFICACIÓN DE SÍ MISMO. Reafirmación del cambio autodirigido puesto en marcha por el paciente para conseguir metas personales importantes.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar las conductas diana que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada. • Valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación con el cambio deseado. • Explorar con el paciente las barreras potenciales al cambio de conducta. • Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta. • Animar al paciente a identificar refuerzos/recompensas adecuadas, que tengan sentido. • Animar al paciente a comenzar con recompensas extrínsecas y progresar hacia las recompensas intrínsecas. • Ayudar al paciente a formular un plan sistemático del cambio de conducta. • Valorar las razones del paciente para desear cambiar.
<p>1211 NIVEL DE ANSIEDAD. Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.</p> <p>Indicadores 121105. Inquietud. 121106. Tensión muscular. 121108. Irritabilidad. 121111. Conducta problemática. 121112. Dificultad para la concentración. 121117. Ansiedad verbalizada. 121118. Preocupación exagerada por eventos vitales. 121128. Abandono.</p> <p>Escala 14. De Grave a Ninguno</p>	<p>5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD. Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. • Crear un ambiente que facilite la confianza. • Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. • Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos e identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. • Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones. • Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. • Apoyar el uso de mecanismo de defensa adecuados. • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. • Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda. • Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad
<p>DIAGNÓSTICO: 00072 NEGACIÓN INEFICAZ</p>	

<p>DIAGNÓSTICO: 00258 SÍNDROME DE ABSTINENCIA AGUDO DEFINICIÓN: Secuelas importantes, multifactoriales que ocurren como consecuencia del cese abrupto de un compuesto adictivo. DOMINIO: 9 Afrontamiento/Tolerancia al estrés CLASE: 3 Estrés neurocomportamental NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad PATRÓN: 10 Afrontamiento-tolerancia del estrés</p>	
<p>CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad (00146). • Confusión aguda (00128). • Náuseas (00134). • Riesgo de desequilibrio electrolítico (00195). • Riesgo de lesión (00035). • Trastorno del patrón del sueño (00198). 	<p>FACTORES RELACIONADOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cese súbito de una sustancia adictiva. • Dependencia desarrollada al alcohol u otra sustancia adictiva. • Malnutrición. • Uso abusivo de una sustancia adictiva a lo largo del tiempo. • Antecedentes de síntomas de abstinencia (población de riesgo). • Trastornos mentales comórbidos (problema asociado).
<p>RESULTADOS NOC. Indicadores.</p> <p>0802 SIGNOS VITALES. Grado en el que la temperatura, el pulso, la respiración y la presión sanguínea están dentro del rango normal.</p> <p>Indicadores 80201 Temperatura corporal 80202 Frecuencia del pulso apical 80204 Frecuencia respiratoria 80205 Presión arterial sistólica 80206 Presión arterial diastólica</p> <p>Escala 02: De desviación grave del rango normal a Sin desviación del rango normal.</p>	<p>INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.</p> <p>6680 MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES. Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda. • Monitorizar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
<p>0910 ESTADO NEUROLÓGICO: Autónomo. Capacidad del sistema nervioso central y periférico para coordinar la función visceral y homeostática.</p> <p>Indicadores 91004 Efectividad de la bomba cardíaca 91013 Termorregulación</p> <p>Escala 01: De Gravemente comprometido a No comprometido</p>	<p>2620 MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA. Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar las complicaciones neurológicas.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar nivel de consciencia. • Comprobar la respuesta a los estímulos (p. ej., verbal, táctil y lesivos).
<p>DIAGNÓSTICO: 00258 SÍNDROME DE ABSTINENCIA AGUDO</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1903 CONTROL DEL RIESGO: Consumo de alcohol. Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud asociadas al consumo de alcohol.</p> <p>Indicadores 190302/190402 Reconoce las consecuencias asociadas al abuso de alcohol/drogas. 190305 Desarrolla estrategias efectivas de control del consumo de alcohol. 190312 Utiliza grupos de apoyo para controlar el abuso de alcohol.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p> <p>1904 CONTROL DEL RIESGO: Consumo de drogas. Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud asociadas al consumo de drogas.</p> <p>Indicadores 190401 Reconoce los factores de riesgo personales de abuso de drogas. 190406 Adapta las estrategias de control del abuso de drogas.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>4500 PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS NOCIVAS. Prevenir un estilo de vida que incurra en el alcoholismo y el consumo de drogas.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la toma de decisiones responsables acerca de la elección del estilo de vida. • Ayudar al paciente a identificar estrategias sustitutorias para reducir tensiones. • Ayudar al paciente a tolerar el aumento de los niveles de estrés, según corresponda. <p>5510 EDUCACIÓN PARA LA SALUD. Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de aprendizaje que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los grupos de riesgo y rangos de edad que se beneficien más de la educación sanitaria. • Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables. • Ayudar a las personas, familia y comunidades para clarificar las creencias y valores sanitarios.
<p>DIAGNÓSTICO: 00258 SÍNDROME DE ABSTINENCIA AGUDO</p>	

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

<p>CLASES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. VALORES 2. CREENCIAS 3. CONGRUENCIA ENTRE VALORES/CREENCIAS/ACCIONES <p>ESCALA NOC:</p> <p>01. De Gravemente comprometido a No comprometido</p> <p>13. De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p> <p>14. De Grave a Ninguno</p> <p>20. De Ningún conocimiento a Conocimiento extenso</p>	<p>CLASE 2 CREENCIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • 00068 Disposición para mejorar el bienestar espiritual <p>CLASE 3 CONGRUENCIA ENTRE VALORES/CREENCIAS/ACCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> • 00066 Sufrimiento espiritual • 00067 Riesgo de sufrimiento espiritual • 00083 Conflicto de decisiones
Clases y escala NOC	Diagnósticos enfermeros NANDA II
Patrón Funcional alterado	
11 VALORES-CREENCIAS	
6 COGNITIVO-PERCEPTIVO	

D. Pedro Fernández de Velasco Casarrubios

D. Javier Nieto Mangudo

DIAGNÓSTICO: 00068 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL BIENESTAR ESPIRITUAL

DEFINICIÓN: Patrón de integración del sentido y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el mundo y/o un poder superior al propio yo, que puede ser reforzado.

DOMINIO: 10 Principios Vitales

CLASE: 2 Creencias

NECESIDAD: 11 Creencias/valores

PATRÓN: 11 Valores-creencias

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

CONEXIONES CON EL YO

- Expresa deseos de mejorar la aceptación
- Expresa deseos de mejorar la esperanza
- Expresa deseo de mejorar el propósito en la vida
- Expresa deseo de mejorar la alegría
- Expresa deseos de mejorar el sentido de la vida
- Expresa deseos de mejorar la satisfacción con la filosofía de vida.

CONEXIONES CON UN PODER SUPERIOR AL YO

- Expresa deseo de mejorar la participación en actividades religiosas

CONEXIÓN CON LOS OTROS

- Expresa deseo de mejorar el servicio a los demás
- Expresa deseo de mejorar la interacción con personas significativas
- Expresa deseo de mejorar la interacción con los líderes espirituales

CONEXIONES CON EL ARTE, LA MÚSICA, LA NATURALEZA, LA LITERATURA.

- Expresa deseo de mejorar la energía creativa.
- Expresa deseo de mejorar la lectura espiritual

RESULTADOS NOC. Indicadores.

2001 SALUD ESPIRITUAL.

Vinculaciones con el yo, los otros, el poder superior, la naturaleza y el universo que trascienden y empoderan el yo.

Indicadores

- 200101 Expresión de fe
- 200102 Expresión de esperanza
- 200103 Expresión de significado y fin de la vida
- 200116 Relación con el yo interior
- 200122 Satisfacción espiritual
- 200124 Interacción con otros para compartir pensamientos y sentimientos

Escala 01. De Gravemente comprometido a No comprometido

INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.

5480 CLARIFICACIÓN DE VALORES.

Ayuda a una persona a clarificar sus propios valores con el objeto de facilitar la toma de decisiones eficaces.

Plan de Cuidados

- Crear una atmósfera de aceptación, sin prejuicios.
- Animar a considerar las preocupaciones
- Utilizar preguntas adecuadas para ayudar al paciente a reflexionar sobre la situación y lo que es personalmente importante
- Ayudar al paciente a priorizar los valores.
- Plantear preguntas reflexivas, clarificadoras, que den al paciente algo en que pensar.
- Animar al paciente a hacer una lista de valores que guíen la conducta en distintos ambientes y tipos de situaciones
- Apoyar al paciente en la comunicación de los propios valores a otros.

DIAGNÓSTICO: 00068 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL BIENESTAR ESPIRITUAL

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>2001 SALUD ESPIRITUAL. Vinculaciones con el yo, los otros, el poder superior, la naturaleza y el universo que trascienden y empoderan el yo.</p> <p>Indicadores 200101 Expresión de fe 200102 Expresión de esperanza 200103 Expresión de significado y fin de la vida 200116 Relación con el yo interior 200122 Satisfacción espiritual 200124 Interacción con otros para compartir pensamientos y sentimientos</p> <p>Escala 01. De Gravemente comprometido a No comprometido</p>	<p>5426 FACILITAR EL CRECIMIENTO ESPIRITUAL. Facilitar el crecimiento de la capacidad del paciente para identificar, comunicarse y evocar la fuente de significado, propósito, consuelo, fuerza y esperanza en su vida.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la conversación que ayude al paciente a separar los intereses espirituales • Ayudar al paciente a identificar barreras y actitudes que dificultan el crecimiento y el autodescubrimiento • Ofrecer el apoyo de la oración • Fomentar la exploración del paciente de su compromiso espiritual según sus creencias y valores • Remitir a la atención pastoral o a los cuidadores espirituales <p>5310 DAR ESPERANZA. Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente/familia a identificar las áreas de esperanza de la vida. • Ayudar al paciente a expandir su yo espiritual • Ampliar el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del paciente. • Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados. • Crear un ambiente que facilite al paciente la práctica de su religión, cuando sea posible.
<p>2001 SALUD ESPIRITUAL. Vinculaciones con el yo, los otros, el poder superior, la naturaleza y el universo que trascienden y empoderan el yo.</p> <p>Indicadores 200101 Expresión de fe 200102 Expresión de esperanza 200103 Expresión de significado y fin de la vida 200116 Relación con el yo interior 200122 Satisfacción espiritual 200124 Interacción con otros para compartir pensamientos y sentimientos</p> <p>Escala 01. De Gravemente comprometido a No comprometido</p>	<p>5420 APOYO ESPIRITUAL. Ayuda al paciente a sentir equilibrio y conexión con un poder sobrenatural.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alentar la asistencia de servicios religiosos, si se desea • Fomentar el uso de recursos espirituales, si se desea • Remitir al asesor espiritual de la elección del individuo • Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo • Dar oportunidades para discutir sobre los diferentes sistemas de creencias y visiones del mundo • Estar abierto a las expresiones de preocupación del individuo.
<p>DIAGNÓSTICO: 00068 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL BIENESTAR ESPIRITUAL</p>	

DIAGNÓSTICO: 00066 SUFRIMIENTO ESPIRITUAL

DEFINICIÓN: Estado de sufrimiento relacionado con el deterioro de la habilidad para integrar el sentido y propósito de la vida a través de conexiones con el yo, los otros, el mundo o un ser superior.

DOMINIO: 10 Principios Vitales

CLASE: 3 Congruencia entre Valores/Creencias/Acciones

NECESIDAD: 11 Creencias/valores

PATRÓN: 11 Valores-creencias

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<p>CONEXIONES CON EL YO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aceptación inadecuada. • Culpabilidad. • Disminución de la serenidad. • Estrategias de afrontamiento ineficaces. • Ira. • No sentirse querido. • Percepción de sentido de la vida insuficiente. <p>CONEXIÓN CON LOS OTROS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alienación. • Rechaza la interacción con personas significativas • Separación del sistema de apoyo. <p>CONEXIONES CON EL ARTE, LA MÚSICA, LA NATURALEZA, LA LITERATURA.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desinterés por la naturaleza o por la literatura espiritual. • Disminución de la expresión de patrones previos de creatividad <p>CONEXIONES CON UN PODER SUPERIOR AL YO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de abandono. • Desesperanza. • Percepción de sufrimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de sufrimiento y desesperanza. • Soledad. • Desesperanza. • Ansiedad. • Baja autoestima. • Cambios en la práctica espiritual. • Depresión. • Relaciones ineficaces. • Separación del sistema de apoyo. • Estrés. • Cambio en el entorno.

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>2001 SALUD ESPIRITUAL. Vinculaciones con el yo, los otros, el poder superior, la naturaleza y el universo que trascienden y empoderan el yo.</p> <p>Indicadores 200101 Expresión de fe 200102 Expresión de esperanza 200103 Expresión de significado y fin de la vida 200116 Relación con el yo interior 200122 Satisfacción espiritual 200124 Interacción con otros para compartir pensamientos y sentimientos</p> <p>Escala 01. De Gravemente comprometido a No comprometido</p>	<p>5310 DAR ESPERANZA. Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente/familia a identificar las áreas de esperanza de la vida. • Ampliar el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del paciente. • Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados. • Crear un ambiente que facilite al paciente la práctica de su religión, cuando sea posible <p>5420 APOYO ESPIRITUAL. Ayuda al paciente a sentir equilibrio y conexión con un poder sobrenatural.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alentar la asistencia de servicios religiosos, si se desea • Fomentar el uso de recursos espirituales, si se desea • Remitir al asesor espiritual de la elección del individuo • Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo • Dar oportunidades para discutir sobre los diferentes sistemas de creencias y visiones del mundo • Estar abierto a las expresiones de preocupación del individuo.
DIAGNÓSTICO: 00066 SUFRIMIENTO ESPIRITUAL	

DIAGNÓSTICO: 00067 RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL

DEFINICIÓN: Susceptible de experimentar un estado de sufrimiento relacionado con el deterioro de la habilidad para integrar el sentido y propósito de la vida a través de conexiones con el yo, los otros, el mundo o un ser superior.

DOMINIO: 10 Principios Vitales

CLASE: 3 Congruencia entre Valores/Creencias/Acciones

NECESIDAD: 11 Creencias/valores

PATRÓN: 11 Valores-creencias

FACTORES DE RIESGO	POBLACIÓN DE RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> • Alienación social • Ansiedad. • Aumento de la dependencia de otros. • Baja autoestima. • Barreras para experimentar el amor. • Cambio en el entorno. • Cambios en la práctica espiritual. • Conflicto cultural. • Depresión. • Deprivación sociocultural. • Estrés. • Relaciones ineficaces. • Mal uso de sustancias. • Separación del sistema de apoyo. • Soledad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acontecimiento vital inesperado. • Conflicto racial. • Envejecimiento. • Exposición a la muerte. • Muerte de persona significativa. • Pérdida • Recibir malas noticias. • Transiciones de vida. • Enfermedad crónica (Problema asociado) • Enfermedad (Problema asociado) • Muerte inminente. (Problema asociado) • Pérdida de una parte del cuerpo. (Problema asociado) • Régimen terapéutico. (Problema asociado)

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>2001 SALUD ESPIRITUAL. Vinculaciones con el yo, los otros, el poder superior, la naturaleza y el universo que trascienden y empoderan el yo.</p> <p>Indicadores 200101 Expresión de fe 200102 Expresión de esperanza 200103 Expresión de significado y fin de la vida 200116 Relación con el yo interior 200122 Satisfacción espiritual 200124 Interacción con otros para compartir pensamientos y sentimientos</p> <p>Escala 01. De Gravemente comprometido a No comprometido</p>	<p>5310 DAR ESPERANZA. Aumentar la creencia de la propia capacidad para iniciar y mantener acciones.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente/familia a identificar áreas de esperanza de la vida. • Ampliar el repertorio de mecanismos de resolución de problemas del paciente. • Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados. • Crear un ambiente que facilite al paciente la práctica de su religión, cuando sea posible.
	<p>5420 APOYO ESPIRITUAL. Ayuda al paciente a sentir equilibrio y conexión con un poder sobrenatural.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el uso de recursos espirituales, si se desea • Remitir al asesor espiritual de la elección del individuo • Estar dispuesto a escuchar los sentimientos del individuo • Dar oportunidades para discutir sobre los diferentes sistemas de creencias y visiones del mundo • Estar abierto a las expresiones de preocupación del individuo.
	<p>5426 FACILITAR EL CRECIMIENTO ESPIRITUAL. Facilitar el crecimiento de la capacidad del paciente para identificar, comunicarse y evocar la fuente de significado, propósito, consuelo, fuerza y esperanza en su vida.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la conversación que ayude al paciente a separar los intereses espirituales • Ayudar al paciente a identificar barreras y actitudes que dificultan el crecimiento y el autodescubrimiento • Fomentar la exploración del paciente de su compromiso espiritual según sus creencias y valores • Remitir a la atención pastoral o a los cuidadores espirituales
	<p>5480 CLARIFICACIÓN DE VALORES. Ayuda a clarificar sus propios valores con el objeto de facilitar la toma de decisiones eficaces.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar preguntas adecuadas para ayudar al paciente a reflexionar sobre la situación y lo que es personalmente importante • Ayudar al paciente a priorizar los valores. • Plantear preguntas reflexivas, clarificadoras, que den al paciente algo en que pensar. • Animar al paciente a hacer una lista de valores que guíen la conducta en distintos ambientes y tipos de situaciones
<p>DIAGNÓSTICO: 00067 RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL</p>	

DIAGNÓSTICO: 00083 CONFLICTO DE DECISIONES

DEFINICIÓN: Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre las acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto para los valores y creencias.

DOMINIO: 10 Principios Vitales

CLASE: 3 Congruencia entre Valores/Creencias/Acciones

NECESIDAD: 11 Creencias/valores

PATRÓN: 6 Cognitivo-perceptivo

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Retraso en la toma de decisiones. • Signos físicos de sufrimiento o tensión. • Cuestionamiento de los valores morales mientras se intenta tomar una decisión. • Cuestionamiento de los principios morales mientras se intenta tomar una decisión. • Cuestionamiento de las creencias personales mientras se intenta tomar una decisión. • Cuestionamiento de los valores personales mientras se intenta tomar una decisión. • Vacilación sobre las posibilidades. • Angustia mientras intenta tomar una decisión. • Atención centrada en el yo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fuentes de información contradictorias. • Interferencia en la toma de decisiones • Falta de experiencia en la toma de decisiones • Información insuficiente. • Conflicto con la obligación moral. • Las reglas morales apoyan distintas acciones mutuamente contradictorias. • Los principios morales apoyan distintas acciones mutuamente contradictorias. • Los valores morales apoyan distintas acciones mutuamente contradictorias. • Percepción de amenaza al sistema de valores. • Creencias personales poco claras • Valores personales poco claros

RESULTADOS NOC. Indicadores.**0906 TOMA DE DECISIONES.**

Capacidad para realizar juicios y escoger entre dos o más alternativas.

Indicadores

090601 Identifica información relevante

090603 Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa

090604 Identifica los recursos necesarios para apoyar cada alternativa

Escala 01 De Gravemente comprometido a No comprometido

INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.**5250 APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES.**

Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria.

Plan de Cuidados

- Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente.
- Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales
- Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa.
- Facilitar al paciente la articulación de los objetivos de los cuidados
- Facilitar la toma de decisiones en colaboración
- Proporcionar la información solicitada por el paciente
- Ayudar a que el paciente pueda explicar su decisión a otras personas
- Servir de enlace entre el paciente y la familia
- Remitir a grupos de apoyo o al asesor jurídico.

DIAGNÓSTICO: 00083 CONFLICTO DE DECISIONES

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1614 AUTONOMÍA PERSONAL. Acciones personales de un individuo competente para controlar las decisiones vitales.</p> <p>Indicadores 161401 Toma decisiones vitales informadas. 161403 Muestra independencia en el proceso de toma de decisiones. 161409 Toma decisiones libre de la presión indebida del servicio sanitario. 161411 Participa en las decisiones de los cuidados de salud.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>5250 APOYO EN LA TOMA DE DECISIONES. Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre la asistencia sanitaria.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y el punto de vista de los cuidados sanitarios sobre la condición del paciente • Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales • Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa • Facilitar la toma de decisiones en colaboración • Proporcionar la información solicitada por el paciente • Ayudar a que el paciente pueda explicar su decisión a otras personas • Servir de enlace entre el paciente y la familia • Remitir a grupos de apoyo o al asesor jurídico si procede. • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto • Demostrar simpatía, calidez y autenticidad • Establecer metas • Disponer de intimidad para asegurar la confidencialidad • Favorecer la expresión de sentimientos <p>5240 ASESORAMIENTO. Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno • Ayudar al paciente a que realice una lista de prioridades de todas las alternativas posibles al problema • Ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y reforzarlos • Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo mucho estrés • Identificar cualquier diferencia entre el punto de vista del paciente y el punto de vista del equipo de cuidadores acerca de la situación
<p>DIAGNÓSTICO: 00182 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO</p>	

DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN

<p>CLASES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. INFECCIÓN 2. LESIÓN FÍSICA 3. VIOLENCIA 4. PELIGROS DEL ENTORNO 5. PROCESOS DEFENSIVOS 6. TERMORREGULACIÓN <p>ESCALA NOC:</p> <p>13. De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>CLASE 2 LESIÓN FÍSICA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de lesión (00035) • Riesgo de sequedad bucal (00261) <p>CLASE 3 VIOLENCIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de violencia dirigida a otros (00138) • Riesgo de automutilación (00139) • Riesgo de conducta suicida (00289) • Automutilación (00151)
Clases y escala NOC	Diagnósticos enfermeros NANDA II
Patrón Funcional alterado	
2 NUTRICIONAL-METABÓLICO	

D. Pedro Fernández de Velasco

D. Javier Nieto Mangudo

<p>DIAGNÓSTICO: 00035 RIESGO DE LESIÓN DEFINICIÓN: Susceptible de sufrir una lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona, que puede comprometer la salud. DOMINIO: 11 Seguridad/Protección CLASE: 2 Lesión física NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad PATRÓN: 1 Percepción-manejo de la salud</p>	
FACTOR DE RIESGO	POBLACIÓN DE RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> • Agente nosocomial. • Barreras físicas. • Conocimiento insuficiente de los factores modificables. • Exposición a patógenos. • Exposición a químicos tóxicos. • Fuente nutricional contaminada. • Malnutrición. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de los mecanismos de defensa primaria. • Edades extremas.
RESULTADOS NOC. Indicadores.	INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.
<p>1902 CONTROL DEL RIESGO: Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables.</p> <p>Indicadores 190201 Reconoce los factores de riesgo personales 190202 Controla los factores de riesgo ambientales 190203 Controla los factores de riesgo personales. 190204 Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>6650 VIGILANCIA Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los riesgos de salud del paciente, según corresponda. • Vigilar los patrones conductuales. • Monitorizar la capacidad cognitiva. • Controlar el estado emocional. <p>4480 FACILITAR LA AUTORRESPONSABILIDAD Animar a un paciente a que asuma más responsabilidad de su propia conducta.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar responsable al paciente de su propia conducta. • Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda llevarla a cabo. • Fomentar el establecimiento de metas.
<p>DIAGNÓSTICO: 00035 RIESGO DE LESIÓN</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1911 CONDUCTAS DE SEGURIDAD PERSONAL. Acciones personales para prevenir lesiones físicas no intencionadas a uno mismo.</p> <p>Indicadores 191109 Practica conductas sexuales seguras 191113 Evita el consumo recreativo de drogas 191117 Evita el consumo de tabaco 191118 Evita el abuso de alcohol 191119 Evita conductas de alto riesgo 191123 Evita fumar en la cama</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>6486 MANEJO AMBIENTAL: Seguridad. Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las necesidades de seguridad del paciente según el nivel físico, la función cognitiva y el historial de conducta. • Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos). • Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible. • Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos. • Informar a las personas o grupos de alto riesgo sobre los peligros ambientales. <p>6610 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS. Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de la prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las estrategias de afrontamiento típicas. • Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería. • Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo. • Identificar las estrategias de afrontamiento típicas. • Planificar el seguimiento a largo plazo de las estrategias y actividades de reducción del riesgo.
DIAGNÓSTICO: 00035 RIESGO DE LESIÓN	
<p>DIAGNÓSTICO: 00261 RIESGO DE SEQUEDAD BUCAL DEFINICIÓN: Susceptible de sufrir molestias o lesiones en la mucosa oral a causa de una reducción de la cantidad o la calidad de la saliva que hidrata la mucosa, que puede comprometer la salud. DOMINIO: 11 Seguridad/Protección CLASE: 2 Lesión física NECESIDAD: 8 Higiene/piel PATRÓN: 2 Nutricional-metabólico.</p>	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Depresión. • Deshidratación. • Estrés excesivo. • Excitación. • Tabaquismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agente farmacológico. • Embarazo. • Enfermedades sistémicas. • Oxigenoterapia.

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>0307 AUTOCUIDADOS: Medicación no parenteral. Acciones personales para administrar medicaciones orales y tópicas para cumplir los objetivos terapéuticos independientemente, con o sin dispositivo de ayuda.</p> <p>Indicadores 30701 Identifica la medicación. 30702 Administra la dosis correcta 30705 Sigue las precauciones de la medicación. 30706 Controla los efectos adversos de la medicación.</p> <p>Escala 01 De Gravemente comprometido a No comprometido</p>	<p>5616 ENSEÑANZA: Medicamentos prescritos. Preparar al paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento. • Enseñar al paciente a aliviar y/o prevenir ciertos efectos secundarios, si es el caso. • Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios. • Proporcionar información escrita al paciente acerca de la acción, propósito, efectos secundarios, etc., de los medicamentos. • Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
<p>1906 CONTROL DEL RIESGO: Consumo de tabaco. Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud asociadas al consumo de tabaco.</p> <p>Indicadores 190601 Reconoce los factores de riesgo personales del consumo de tabaco 190602 Reconoce las consecuencias asociadas con el consumo de tabaco. 190612 Utiliza los sistemas de apoyo personal para evitar el consumo de tabaco 190621 Utiliza estrategias para prevenir el consumo de tabaco con el grupo de iguales. 190630 Reconoce las desventajas personales asociadas al consumo de tabaco.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>4490 AYUDA PARA DEJAR DE FUMAR. Ayudar a un paciente para que deje de fumar.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar las razones para dejar de fumar y las barreras que lo impiden. • Ayudar a elegir el mejor método para dejar de fumar, cuando el paciente esté decidido a dejarlo. • Enseñar al paciente los síntomas físicos de la abstinencia de la nicotina (p. ej., cefalea, mareos, náuseas, irritabilidad e insomnio). • Informar al paciente sobre productos sustitutos de la nicotina (p. ej., parches, chicles, aerosoles nasales, inhaladores) para ayudar a reducir los síntomas físicos de la abstinencia. • Informar al paciente de que la sequedad bucal, la tos, la irritación faríngea y el nerviosismo son síntomas que pueden producirse después de dejar de fumar; los parches o los chicles pueden ayudar frente a las ansias de fumar.
<p>DIAGNÓSTICO: 00261 RIESGO DE SEQUEDAD BUCAL</p>	

DIAGNÓSTICO: 00139 RIESGO DE AUTOMUTILACIÓN

DEFINICIÓN: Susceptible de mostrar una conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión.

DOMINIO: 11 Seguridad/Protección

CLASE: 3 Violencia

NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad

PATRÓN: 10 Afrontamiento-tolerancia del estrés

FACTOR DE RIESGO	POBLACIÓN DE RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento de sus iguales. • Alteración emocional y de la imagen corporal. • Baja autoestima o deterioro de la misma. • Comunicación insuficiente entre padres y adolescente. • Conducta lábil. • Deterioro en las relaciones interpersonales. • Estrategias de afrontamiento ineficaces. • Incapacidad para expresar la tensión verbalmente. • Mal uso de sustancias. • Patrón de incapacidad para planificar soluciones. • Pérdida de control sobre situaciones de resolución de problemas. Impulsividad. • Requiere reducción del estrés rápida. • Sentimientos negativos. • Sentirse amenazado por la pérdida de una relación significativa. • Tensión creciente que es intolerable. • Trastorno alimentario. • Urgencia irresistible de violencia autodirigida. • Uso de la manipulación para obtener relaciones significativas con los demás 	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescencia. • Antecedentes de abuso infantil. • Antecedentes de violencia autodirigida. • Antecedentes familiares de conducta auto-destructiva. • Compañeros que se automutilan. • Crisis de identidad sexual. • Divorcio en la familia. • Mal uso de sustancias en la familia. • Maltrato infantil. • Pérdida de relaciones significativas. • Violencia entre las figuras parentales. • Retraso en el desarrollo.
	PROBLEMA ASOCIADO
	<ul style="list-style-type: none"> • Autismo. • Despersonalización. • Trastorno del carácter. • Trastorno límite de personalidad. • Trastorno psicótico

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1902 CONTROL DEL RIESGO: Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables.</p> <p>Indicadores 190201 Reconoce los factores de riesgo personales 190202 Controla los factores de riesgo ambientales 190203 Controla los factores de riesgo personales.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado.</p>	<p>6650 VIGILANCIA Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar los patrones conductuales. • Monitorizar la capacidad cognitiva.
	<p>4480 FACILITAR LA AUTORRESPONSABILIDAD. Animar a un paciente a que asuma más responsabilidad de su propia conducta.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerar responsable al paciente de su propia conducta. • Fomentar la independencia, pero ayudar al paciente cuando no pueda llevarla a cabo.

DIAGNÓSTICO: 00139 RIESGO DE AUTOMUTILACIÓN

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1911 CONDUCTAS DE SEGURIDAD PERSONAL. Acciones personales para prevenir lesiones físicas no intencionadas a uno mismo.</p> <p>Indicadores 191109 Practica conductas sexuales seguras 191113 Evita el consumo recreativo de drogas 191117 Evita el consumo de tabaco 191118 Evita el abuso de alcohol 191119 Evita conductas de alto riesgo 191123 Evita fumar en la cama</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>6486 MANEJO AMBIENTAL: Seguridad. Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las necesidades de seguridad del paciente según el nivel físico, la función cognitiva y el historial de conducta. • Identificar los riesgos de seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos). • Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible. • Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos. • Informar a las personas o grupos de alto riesgo sobre los peligros ambientales. • Ayudar al paciente a construir un ambiente más seguro (remitirse a asistencia para el hogar). <p>6610 IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS. Análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de la prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un individuo o grupo de personas.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las estrategias de afrontamiento típicas. • Determinar el nivel de funcionamiento pasado y actual. • Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería. • Determinar los recursos comunitarios adecuados para cubrir las necesidades vitales y de salud básicas. • Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo. • Identificar las estrategias de afrontamiento típicas. • Planificar el seguimiento a largo plazo de las estrategias y actividades de reducción del riesgo.
<p>DIAGNÓSTICO: 00139 RIESGO DE AUTOMUTILACIÓN</p>	

DIAGNÓSTICO: 00151 AUTOMUTILACIÓN

DEFINICIÓN: Conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión.

DOMINIO: 11 Seguridad/Protección

CLASE: 3 Violencia

NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad

PATRÓN: 10 Afrontamiento-tolerancia del estrés

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Abrasiones. • Arañarse el cuerpo. • Autoamputación de una parte del cuerpo. • Cortes en el cuerpo. • Inserción de objetos en orificios corporales. • Mordiscos. • Constreñir una parte del cuerpo. • Golpearse. • Hurgarse las heridas. • Ingestión de sustancias nocivas. • Inhalación de sustancias nocivas. • Quemaduras autoinfligidas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración de la imagen corporal. • Alteración emocional. • Baja autoestima. • Comunicación insuficiente entre padres y adolescente. • Conducta lábil. • Deterioro de la autoestima. • Deterioro en las relaciones interpersonales. • Disociación. • Estrategias de afrontamiento ineficaces. • Impulsividad. • Incapacidad para expresar la tensión verbalmente. • Mal uso de sustancias. • Patrón de incapacidad para planificar soluciones • Pérdida de control sobre situaciones de resolución de problemas.
POBLACIÓN DE RIESGO	PROBLEMAS ASOCIADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Adolescencia. • Antecedentes de abuso infantil. • Antecedentes de violencia autodirigida. • Antecedentes familiares de conducta autodestructiva. • Compañeros que se automutilan. • Crisis de identidad sexual. • Pérdida de relaciones significativas. • Retraso en el desarrollo. • Violencia entre las figuras parentales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autismo. • Despersonalización. • Trastorno del carácter. • Trastorno límite de personalidad. • Trastorno psicótico.

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1406 AUTOCONTROL DE LA MUTILACIÓN. Acciones personales para reprimir las lesiones autoinfligidas intencionadas (no letales).</p> <p>Indicadores 140601 Se abstiene de acumular medios para autolesionarse 140605 Mantiene el autocontrol sin supervisión 140606 No se autolesiona 140613 Utiliza estrategias efectivas de afrontamiento</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 4354 MANEJO DE LA CONDUCTA: Autolesión. • Ayudar al paciente para que disminuya o elimine la conducta de autolesión o abuso de sí mismo. • • Plan de Cuidados • Determinar el motivo, la razón o la dinámica subyacente de los comportamientos. • Identificar el historial previo de conductas de automutilación. • Desarrollar expectativas y consecuencias conductuales apropiadas basadas en el nivel de funcionamiento cognitivo y capacidad de autocontrol del paciente. • Retirar los elementos peligrosos del entorno del paciente. • Monitorizar al paciente en busca de impulsos autodestructivos que puedan convertirse en pensamientos o gestos suicidas. • Identificar los indicios que anteceden al comportamiento de automutilación. • Anticipar situaciones desencadenantes que puedan provocar autolesiones e intervenir para prevenirlas. • Ayudar al paciente a identificar estrategias de afrontamiento más apropiadas y sus consecuencias.
<p>1405 AUTOCONTROL DE LOS IMPULSOS. Autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo.</p> <p>Indicadores 140501 Identifica conductas impulsivas perjudiciales 140502 Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas 140503 Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas 140507 Verbaliza control de los impulsos</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>4370 ENTRENAMIENTO PARA CONTROLAR LOS IMPULSOS. Ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar la estrategia de solución de problemas adecuada al nivel de desarrollo y la función cognitiva del paciente. • Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción meditada. • Enseñar al paciente a «detenerse y pensar» antes de comportarse impulsivamente. • Instruir al paciente a reflexionar sobre sus propios pensamientos y sentimientos antes de actuar impulsivamente. • Animar al paciente a recompensarse a sí mismo por los resultados satisfactorios.
<p>DIAGNÓSTICO: 00151 AUTOMUTILACIÓN</p>	

DIAGNÓSTICO: 00138 RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS
DEFINICIÓN: Susceptible de mostrar conductas en que la persona demuestra que puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para otros.
DOMINIO: 11 Seguridad/Protección
CLASE: 3 Violencia
NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad
PATRÓN: 8 Rol-relaciones

FACTOR DE RIESGO	POBLACIÓN DE RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a armas • Conducta suicida • Impulsividad • Lenguaje corporal negativo • Patrón de amenaza de violencia • Patrón de conducta violenta antisocial • Patrón de violencia dirigida a otros • Patrón de violencia indirecta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de abuso infantil • Antecedentes de crueldad con los animales • Antecedentes de mal uso de sustancias. • Antecedentes de presenciar violencia familiar.
	<p>PROBLEMA ASOCIADO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alteración del funcionamiento cognitivo • Complicaciones perinatales/prenatales • Deterioro neurológico • Intoxicación patológica • Trastorno psicótico

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1401 AUTOCONTROL DE LA AGRESIÓN Acciones personales para abstenerse de conductas violentas, combativas o destructivas hacia los demás.</p> <p>Indicadores 140101 Se abstiene de arrebatos verbales. 140103 Se abstiene de golpear a los demás. 140104 Se abstiene de dañar a los demás. 140109 Controla los impulsos. 140110 Identifica cuándo se enfada. 140115 Identifica alternativas a la agresión. 140126 Evita violar el espacio personal de otros.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>6487 MANEJO AMBIENTAL: prevención de la violencia. Control y manipulación del ambiente físico para disminuir la posibilidad de conductas violentas dirigidas hacia uno mismo, los demás o el ambiente.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminar las armas potenciales del ambiente (objetos afilados, y elementos similares a cuerdas, como las cuerdas de una guitarra). • Controlar de forma sistemática el ambiente para mantenerlo libre de peligros. • Registrar al paciente y sus pertenencias durante el procedimiento de ingreso por si tuviera armas o armas potenciales, según corresponda. • Asignar habitaciones individuales a los pacientes que puedan ser potencialmente violentos para los demás. • Colocar al paciente con riesgo de autolesión con un compañero para disminuir el aislamiento y la oportunidad de abandonarse a pensamientos de autolesión, si resulta oportuno. • Instruir a las visitas y demás cuidadores acerca de las cuestiones relevantes sobre la seguridad para el paciente.

DIAGNÓSTICO: 00138 RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1405 AUTOCONTROL DE LOS IMPULSOS. Autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo.</p> <p>Indicadores 140501 Identifica conductas impulsivas perjudiciales 140502 Identifica sentimientos que conducen a acciones impulsivas 140503 Identifica conductas que conducen a acciones impulsivas 140507 Verbaliza control de los impulsos</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>4370 ENTRENAMIENTO PARA CONTROLAR LOS IMPULSOS. Ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seleccionar la estrategia de solución de problemas adecuada al nivel de desarrollo y la función cognitiva del paciente. • Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción meditada. • Enseñar al paciente a «detenerse y pensar» antes de comportarse impulsivamente. • Instruir al paciente a reflexionar sobre sus propios pensamientos y sentimientos antes de actuar impulsivamente. • Animar al paciente a recompensarse a sí mismo por los resultados satisfactorios.
DIAGNÓSTICO: 00138 RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS	

<p>DIAGNÓSTICO: 00289 RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA DEFINICIÓN: Susceptible de actos autolesivos asociados a intención de morir. DOMINIO: 11 Seguridad/Protección CLASE: 3 Violencia NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad PATRÓN: 10 Afrontamiento-tolerancia del estrés</p>		
FACTORES DE RIESGO		
<p>CONDUCTUALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acumulación de medicamentos • Cambiar el testamento • Cambio notable de actitud • Cambio notable de conducta. • Cambio notable en el rendimiento académico. • Donar las posesiones. • Hacer testamento. • Impulsividad. • Recuperación eufórica súbita de una depresión grave. 	<p>SOCIALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social • Alteración de la vida familiar • Apoyo social insuficiente. • Desesperanza • Dificultades legales. • Duelo. • Indefensión • Pérdida de relaciones significativas. • Problemas de disciplina. • Soledad. • Suicidios en grupo. 	<p>PSICOLÓGICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Culpabilidad • Mal uso de sustancias <p>SITUACIONALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso a armas • Pérdida de autonomía • Pérdida de independencia <p>VERBALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amenazas de matarse • Manifiesta deseos de morir. <p>OTROS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor crónico

POBLACIÓN DE RIESGO

<ul style="list-style-type: none"> • Adolescencia • Adolescentes que viven en entornos no tradicionales • Adultos mayores • Antecedentes de abuso infantil • Antecedentes de intento de suicidio • Antecedentes familiares de suicidio 	<ul style="list-style-type: none"> • Etnia caucásica. • Género masculino. • Hombres adultos jóvenes. • Institucionalización • Joven homosexual. • Jubilación. • En desventaja económica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Divorciados. • Traslados. • Viudedad. • Vivir solo. • Enfermedad física. • Enfermedad terminal. • Trastorno psiquiátrico.
--	---	---

RESULTADOS NOC. Indicadores.

1408 AUTOCONTROL DEL IMPULSO SUICIDA.
Acciones personales para contener acciones e intentos de suicidio.

Indicadores

- 140801 Expresa sentimientos
- 140802 Mantiene vinculaciones en las relaciones
- 140804 Verbaliza ideas de suicidio, si existen
- 140805 Verbaliza control de impulsos
- 140806 Se reprime para argumentar el suicidio
- 140810 Revela planes de suicidio si existen
- 140812 Mantiene el autocontrol sin supervisión
- 140813 No intenta suicidarse
- 140815 Expresa esperanza
- 140822 Hace planes para el futuro
- 140826 Utiliza recursos para la prevención del suicidio

Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado

INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.

6340 PREVENCIÓN DEL SUICIDIO.
Disminución del riesgo de los daños autoinfligidos con la intención de acabar con la vida.

Plan de Cuidados

- Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio.
- Considerar la hospitalización del paciente que tiene un alto riesgo de conducta suicida.
- Ocuparse de los aspectos de calidad de vida y control del dolor.

6487 MANEJO AMBIENTAL: Prevención de la violencia.

Control y manipulación del ambiente físico para disminuir la posibilidad de conductas violentas dirigidas hacia uno mismo, los demás o el ambiente.

Plan de Cuidados

- Controlar de forma sistemática el ambiente para mantenerlo libre de peligros.
- Registrar al paciente y sus pertenencias durante el procedimiento de ingreso por si tuviera armas o armas potenciales, según corresponda.
- Asignar habitaciones individuales a los pacientes que puedan ser potencialmente violentos para los demás.
- Colocar al paciente con riesgo de autolesión con un compañero para disminuir el aislamiento y la oportunidad de abandonarse a pensamientos de autolesión, si resulta oportuno.

DIAGNÓSTICO: 00289 RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA

DOMINIO 12: CONFORT

<p>CLASES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. CONFORT FÍSICO 2. CONFORT ENTORNO 3. CONFORT SOCIAL <p>ESCALA NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 01. De Gravemente comprometido a No comprometido 13. De Nunca demostrado a Siempre demostrado 14. De Grave a Ninguno 20. De Ningún Conocimiento a Conocimiento extenso 	<p>CLASE 1 CONFORT FÍSICO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor Agudo (00132) • Síndrome de dolor crónico (00255) • Disconfort (00214) • Disposición para mejorar el confort (00183) <p>CLASE 2 CONFORT ENTORNO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disconfort (00214) • Disposición para mejorar el confort (00183) <p>CLASE 3 CONFORT SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social (00053) • Riesgo de soledad (00054)
Clases y escala NOC	Diagnósticos enfermeros NANDA II
Patrón Funcional alterado	
6 COGNITIVO-PERCEPTIVO	
8 ROL-RELACIONES	
7 AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO	

D.ª Claudia González López

D.ª Olga San Martín Ruiz

DIAGNÓSTICO: 00132 DOLOR AGUDO

DEFINICIÓN: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible, y con una duración inferior a 3 meses.

DOMINIO: 12 Confort

CLASE: 1 Confort físico

NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad

PATRÓN: 6 Cognitivo-perceptivo

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none">• Atención centrada en el yo.• Cambio en el apetito.• Cambio en parámetros fisiológicos.• Conducta de distracción.• Conducta defensiva.• Conducta expresiva.• Desesperanza.• Estrechamiento del foco de atención.• Expresión facial de dolor.• Informes de personas próximas sobre cambios en conductas de dolor/cambios de actividades.• Postura de evitación de dolor.	<ul style="list-style-type: none">• Agentes lesivos biológicos.• Agentes lesivos físicos.• Agentes lesivos químicos.

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1605 CONTROL DEL DOLOR. Acciones personales para controlar el dolor</p> <p>Indicadores 16051 Reconoce factores causales 160503 Utiliza medidas preventivas 160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas 160505 Utiliza analgésicos de manera apropiada 160507 Refiere síntomas al profesional sanitario 160509 Reconoce los síntomas de dolor.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>1160 MANEJO DEL DOLOR. Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none">• Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.• Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.• Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad función cognitiva, humor, relaciones, trabajo y responsabilidad de roles)• Enseñar uso de técnicas no farmacológicas (relajación, distracción, terapia de juegos, aplicación frío/calor), antes, después y durante la actividad dolorosa).• Informar a otros cuidadores o miembros de la familia sobre estrategias no farmacológicas utilizadas por el paciente para fomentar actitudes preventivas en el manejo del dolor.

DIAGNÓSTICO: 00132 DOLOR AGUDO

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1605 CONTROL DEL DOLOR. Acciones personales para controlar el dolor</p> <p>Indicadores 16051 Reconoce factores causales primarios 160503 Utiliza medidas preventivas para el control del dolor. 160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas 160505 Utiliza analgésicos como se recomienda. 160507 Refiere síntomas incontrolables al profesional sanitario 160509 Reconoce los síntomas asociados al dolor.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>2210 ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS. Utilización de agentes farmacológicos para disminuir o eliminar el dolor.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener un ambiente cómodo y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia. • Establecer expectativas positivas respecto de la eficacia de los analgésicos para optimizar la respuesta del paciente. • Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o miembros de la familia sobre los analgésicos, especialmente los opiáceos (adicción y riesgos de sobredosis). • Evaluar y registrar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos. • Llevar a cabo aquellas acciones que disminuyan los efectos adversos de los analgésicos (estreñimiento e irritación gástrica).
<p>2101 DOLOR: Efectos nocivos. Gravedad de los efectos nocivos observados o referidos del dolor crónico en el funcionamiento diario.</p> <p>Indicadores 210101 Relaciones interpersonales alteradas. 210102 Deterioro en el desempeño del rol. 210108 Disminución en la capacidad para concentrarse. 210110 Estado de ánimo alterado. 210111 Impaciencia 210112 Trastorno del sueño.</p> <p>Escala 14. De Grave a Ninguno</p>	<p>1800 AYUDA CON EL AUTOCUIDADO. Ayudar a otra persona a realizar las actividades de la vida diaria.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la capacidad del paciente para ejercer un autocuidado independiente. • Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos adaptados para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse. • Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño). • Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados. • Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia. • Usar la repetición constante de las rutinas sanitarias como medio de establecerlas. Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. • Enseñar a los padres/familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada. • Establecer una rutina de actividades de autocuidados. • Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidados.
<p>DIAGNÓSTICO: 00132 DOLOR AGUDO</p>	

DIAGNÓSTICO: 00255 SÍNDROME DE DOLOR CRÓNICO

DEFINICIÓN: Dolor recurrente o persistente que ha durado un mínimo de tres meses, y que ha afectado de manera significativa el funcionamiento diario o el bienestar.

DOMINIO: 12 Confort

CLASE: 1 Confort físico

NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad

PATRÓN: 6 Cognitivo-perceptivo

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none">• Aislamiento social.• Ansiedad.• Conocimientos deficientes.• Deterioro de la movilidad física.• Deterioro de la regulación del estado de ánimo.• Estreñimiento.• Estrés por sobrecarga• Fatiga.• Insomnio.• Obesidad	<ul style="list-style-type: none">• Índice de masa corporal por encima del rango normal según la edad y el sexo.• Temor al dolor.• Creencias de evitación del temor.• Conocimiento inadecuado de las conductas de gestión del dolor.• Afecto negativo.• Alteraciones del sueño.

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1605 CONTROL DEL DOLOR. Acciones personales para eliminar o reducir el dolor.</p> <p>Indicadores 160501 Reconoce factores causales primarios 160503 Utiliza medidas preventivas para el control del dolor. 160504 Utiliza medidas de alivio no analgésicas 160505 Utiliza analgésicos como se recomienda. 160507 Refiere síntomas incontrolables al profesional sanitario 160509 Reconoce los síntomas asociados del dolor.</p> <p>Escala 13: De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>1415 MANEJO DEL DOLOR CRÓNICO. Alivio o reducción del dolor persistente que continúa más allá del período normal de curación, supuestamente de 3 meses, a un nivel aceptable para el paciente.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none">• Explorar los conocimientos y las creencias del paciente sobre el dolor, incluyendo las influencias culturales.• Determinar el efecto del dolor en la calidad de vida (p. ej., sueño, apetito, actividad, cognición, estado de ánimo, relaciones, desempeño en el trabajo y desempeño de roles).• Fomentar el uso apropiado de técnicas no farmacológicas (p. ej., biorretroalimentación, TENS, hipnosis, relajación, imaginación guiada, musicoterapia, distracción, terapia lúdica, terapia de actividades, acupresión, aplicación de calor y frío, masaje) y opciones farmacológicas como medidas de control del dolor.• Incorporar a la familia como medio de alivio del dolor, cuando sea posible.

DIAGNÓSTICO: 00255 SÍNDROME DE DOLOR CRÓNICO

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1306 DOLOR: RESPUESTA PSICOLÓGICA ADVERSA. Gravedad observada o informada sobre las respuestas cognitivas y emocionales adversas al dolor físico.</p> <p>Indicadores. 130603 Interferencia con la concentración 130605 angustia por el dolor 130609 Depresión 130610 Ansiedad 130611 Tristeza 130612 Inutilidad 130613 Desesperanza 130618 Enojo con los efectos nocivos del dolor 130620 Pensamientos pesimistas</p> <p>Escala 14 De: Grave a Ninguno.</p>	<p>5330 CONTROL DEL ESTADO DE ÁNIMO. Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un humor disfuncionalmente deprimido o eufórico.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento. • Determinar si el paciente presenta riesgos para la seguridad de sí mismo y de los demás. • Considerar la posibilidad de hospitalización del paciente con alteraciones del estado de ánimo que plantea riesgos para la seguridad, que es incapaz de satisfacer las necesidades de autocuidado y/o carece de apoyo social. • Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que le rodean del riesgo de daños físicos (suicidio, autolesiones, fugas, violencia). • Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente. • Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de sueño/vigilia (tiempos de reposo programados, técnicas de relajación, limitar medicamentos sedantes y la cafeína). <p>4700 REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA. Estimular al paciente para que modifique los patrones de pensamiento distorsionados y para que se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a que acepte el hecho de que las afirmaciones personales median en la excitación emocional. • Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones personales irracionales por otras racionales. • Señalar los estilos de pensamiento disfuncional (pensamiento polarizado, generalización exagerada, magnificación y personalización). • Ayudar al paciente a identificar los factores estresantes percibidos (situaciones, sucesos e interacciones con otras personas) que contribuyen al estado de estrés. • Ayudar al paciente a identificar las propias interpretaciones equivocadas sobre los factores estresantes percibidos. • Ayudar al paciente a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la realidad actual. • Ayudar al paciente a reemplazar las interpretaciones equivocadas de las situaciones, sucesos e interacciones estresantes por interpretaciones basadas en la realidad.
<p>DIAGNÓSTICO: 00255 SÍNDROME DE DOLOR CRÓNICO</p>	

DIAGNÓSTICO: 00214 DISCONFORT

DEFINICIÓN: Percepción de falta de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psicoespiritual, ambiental, cultural y/o social.

DOMINIO: 12 Confort

CLASE: 1 Confort físico

NECESIDAD: 9 Evitar peligros/seguridad

PATRÓN: 6 Cognitivo-perceptivo

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad. • Cambios en el patrón del sueño. • Descontento con la situación. • Incapacidad para relajarse. • Inquietud/Irritabilidad. • Intranquilidad ante la situación. • Llanto. • Prurito. • Sensación de frío/calor. • Sensación de disconfort. • Sensación de hambre. • Síntomas de malestar. • Suspiros/Gemidos • Temor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Control insuficiente sobre el entorno. • Control insuficiente sobre la situación. • Estímulos ambientales nocivos. • Intimidación insuficiente. • Recursos insuficientes.
	PROBLEMAS ASOCIADOS

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>2008 ESTADO DE COMODIDAD Tranquilidad y seguridad global física, psicoespiritual, sociocultural y ambiental de un individuo.</p> <p>Indicadores 200801 Bienestar físico. 280802 Control de síntomas 200803 Bienestar psicológico. 200806 Apoyo social de la familia 200807 Apoyo social de los amigos 200808 Relaciones sociales 200812 Capacidad de comunicar las necesidades</p> <p>Escala 01: De Gravemente comprometido a No comprometido.</p>	<p>6482 MANEJO AMBIENTAL: Confort. Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo. • Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos. • Proporcionar un ambiente limpio y seguro. • Ofrecer la elección, siempre que sea posible, de actividades sociales y visitas. • Vigilar la piel, especialmente en las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación. • Evitar exponer la piel o las mucosas a factores irritantes (heces diarreicas o drenaje de heridas).

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>02002 BIENESTAR PERSONAL. Grado de percepción positiva del propio estado de salud actual.</p> <p>Indicadores 200201 Realización de las actividades de la vida diaria. 200202 Salud psicológica. 200203 Relaciones sociales. 200204 Vida espiritual. 200205 Salud física. 200206 Estado cognitivo. 200207 Capacidad de afrontamiento. 200208 Capacidad de relax. 200209 Nivel de felicidad. 2002010 Capacidad para expresar emociones.</p> <p>Escala 18: De No del todo satisfecho a Completamente satisfecho.</p>	<p>5270 APOYO EMOCIONAL. Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.</p> <p>Plan de cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentar la experiencia emocional con el paciente. • Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. • Ayudar al paciente a reconocer y expresar sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. • Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos. • Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del sentimiento de pena. • Identificar la función de la ira, la frustración y rabia que pueda ser de utilidad para el paciente. • Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. • Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad. • Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. • Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa.
DIAGNÓSTICO: 00214 DISCONFORT	

<p>DIAGNÓSTICO: 00183 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL CONFORT. DEFINICIÓN: Patrón de tranquilidad, alivio y trascendencia en las dimensiones física, psico-espiritual, ambiental, cultural y/o social, que puede ser reforzado. DOMINIO: 12 Confort CLASE: 1 Confort físico NECESIDAD: 5 Reposo/sueño PATRÓN: 8 Rol-relaciones</p>
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Expresa deseo de mejorar el confort. • Expresa deseo de mejorar el sentimiento de satisfacción. • Expresa deseo de mejorar la relajación. • Expresa deseo de mejorar la resolución de quejas.

RESULTADOS NOC. Indicadores.	INTERVENCIÓN NIC. Planes de Cuidados.
<p>2008 ESTADO DE COMODIDAD Tranquilidad y seguridad global física, psicoespiritual, sociocultural y ambiental de un individuo.</p> <p>Indicadores 200801 Bienestar físico. 280802 Control de síntomas 200803 Bienestar psicológico. 200806 Apoyo social de la familia 200807 Apoyo social de los amigos 200808 Relaciones sociales 200812 Capacidad de comunicar las necesidades</p> <p>Escala 01: De Gravemente comprometido a No comprometido.</p>	<p>6482 MANEJO AMBIENTAL: Confort. Manipulación del entorno del paciente para facilitar una comodidad óptima.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo. • Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos. • Proporcionar un ambiente limpio y seguro. • Ofrecer la elección, siempre que sea posible, de actividades sociales y visitas. • Vigilar la piel, especialmente en las prominencias corporales, por si hubiera signos de presión o irritación. • Evitar exponer la piel o las mucosas a factores irritantes (heces diarreicas o drenaje de heridas).
<p>DIAGNÓSTICO: 00183 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL CONFORT.</p>	

<p>DIAGNÓSTICO: 00053 AISLAMIENTO SOCIAL DEFINICIÓN: Estado en el cual el individuo carece de un sentimiento de parentesco relacionado con relaciones interpersonales positivas, duraderas y significativas. DOMINIO: 12 Confort CLASE: 3 Confort social NECESIDAD: 10 Comunicación PATRÓN: 8 Rol-relaciones</p>	
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FACTORES RELACIONADOS
<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes de rechazo. • Ausencia de sistema de apoyo. • Deseo de estar solo. • Enfermedad. • Hostilidad. • Incapacidad para satisfacer las expectativas de otros. • Inexpresividad. • Inseguridad en público. • Preocupación por los propios pensamientos. • Problema discapacitante. • Sentirse diferente a los demás. • Soledad impuesta por otros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta social incongruente con las normas. • Dificultades para establecer relaciones. • Incapacidad para comprometerse en relaciones personales satisfactorias. • Recursos personales insuficientes. • Retraso en el desarrollo. (Población de riesgo). • Alteración de la apariencia física. (Problema asociado) • Alteración del estado mental. (Problema asociado)

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1502 HABILIDADES DE INTERACCIÓN SOCIAL. Conductas personales que fomentan relaciones eficaces.</p> <p>Indicadores 150201 Utiliza la divulgación si es apropiado/procedente. 150202 Muestra receptividad si es apropiado/procedente. 150203 Cooperar con los demás. 150204 Muestra sensibilidad con los demás. 150205 Muestra conducta de asertividad si procede. 150207 Muestra consideración 150208 Muestra sinceridad. 150212 Se relaciona con los demás. 150214 Se compromete según proceda. 150217 Utiliza estrategias para abordar las limitaciones de comunicación. 150218 Muestra un comportamiento no verbal congruente con la comunicación verbal.</p> <p>Escala 01: De Gravemente comprometido a No comprometido</p>	<p>5330 CONTROL DE ESTADO DE ÁNIMO. Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un estado de ánimo disfuncionalmente deprimido o eufórico.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento. • Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás. • Comprobar la capacidad de autocuidado (aseo, higiene, ingesta de alimentos/líquidos, evacuación). • Vigilar el estado físico del paciente (peso corporal e hidratación). • Ayudar al paciente a identificar los pensamientos y sentimientos subyacentes al estado de ánimo disfuncional <p>4700 REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA. Estimular al paciente para que modifique los patrones de pensamiento distorsionados y para que se vea a sí mismo y al mundo de forma más realista.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a que acepte el hecho de que las afirmaciones personales median en la excitación emocional. • Ayudar al paciente a comprender que la imposibilidad de conseguir conductas deseables con frecuencia es el resultado de afirmaciones personales irracionales. • Señalar los estilos de pensamiento disfuncional (pensamiento polarizado, generalización exagerada, magnificación y personalización). • Ayudar al paciente a identificar las propias interpretaciones equivocadas sobre los factores estresantes percibidos. • Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones personales irracionales por otras racionales. • Ayudar al paciente a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la verdadera realidad. • Ayudar al paciente a reemplazar las interpretaciones equivocadas de las situaciones, sucesos e interacciones estresantes por interpretaciones basadas más en la realidad. • Ayudar al paciente a identificar el sistema de creencias que afecta a su estado de salud.
<p>DIAGNÓSTICO: 00053 AISLAMIENTO SOCIAL</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1604 PARTICIPACIÓN EN ACTIVIDADES DE OCIO. Uso de las actividades de ocio o relajantes, de cara a fomentar el bienestar.</p> <p>Indicadores: 160401 Participación en actividades diferentes al trabajo habitual. 160402 Expresión de satisfacción con las actividades de ocio. 160403 Uso de habilidades sociales y de interacción apropiadas. 160404 Refiere relajación con las actividades de ocio. 160405 Demostración de creatividad durante las actividades de ocio. 160406 Control del propio ocio. 160407 Identificación de opciones recreativas.</p> <p>Escala 13: <i>De Nunca demostrado a Siempre demostrado</i></p>	<p>5360 TERAPIA DE ENTRETENIMIENTO. Utilización intencionada de actividades recreativas para mejorar la independencia funcional y las habilidades sociales, así como para reducir o eliminar los efectos de enfermedades o discapacidades.</p> <p>Plan de cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas. • Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas. • Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales. • Ayudar a obtener los recursos necesarios para la actividad recreativa. • Explicar los beneficios de la estimulación para una variedad de modalidades sensoriales. • Establecer nuevas actividades recreativas adecuadas a la necesidad y la capacidad del paciente, como elaborar cerveza de tubérculos o visitar un criadero de caballos. • Disponer actividades recreativas que tengan por objeto disminuir la ansiedad (cartas, puzles).
<p>DIAGNÓSTICO: 00053 AISLAMIENTO SOCIAL</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1503 IMPLICACIÓN SOCIAL Frecuencia de las interacciones sociales de un individuo con personas, grupos u organizaciones.</p> <p>Indicadores: 150301 Interacción con amigos íntimos. 150302 Interacción con vecinos. 150303 Interacción con miembros de la familia. 150304 Interacción con miembros de grupos de trabajo. 150301 Realización de actividades de voluntariado.</p> <p>Escala: Ninguna a extensa.</p>	<p>5430 GRUPO DE APOYO. Uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros.</p> <p>Plan de cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel y conveniencia del sistema actual de apoyo al paciente. • Utilizar un grupo de apoyo durante las etapas de transición para ayudar al paciente a que se adapte a un nuevo estilo de vida. • Determinar el objeto del grupo y la naturaleza del proceso grupal. Tamaño óptimo: de 5 a 12 miembros • Crear una atmósfera relajada y de aceptación. • Clarificar desde el principio las metas del grupo, las normas y las responsabilidades de sus miembros y de su líder. • Comenzar y terminar a la hora, y esperar que los participantes permanezcan hasta la conclusión de la reunión. • Vigilar y dirigir la implicación activa de los miembros del grupo. • Fomentar la expresión y el compartir el conocimiento de la experiencia, facilitando la expresión de ayudas mutuas. • Identificar los temas que se produzcan en los debates del grupo., no permitiendo que el grupo se convierta en una reunión social no productiva. • Atender a las necesidades del grupo como un todo, así como a las necesidades de los miembros individuales.
<p>DIAGNÓSTICO: 00053 AISLAMIENTO SOCIAL</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1503 IMPLICACIÓN SOCIAL Frecuencia de las interacciones sociales de un individuo con personas, grupos u organizaciones.</p> <p>Indicadores: 150301 Interacción con amigos íntimos. 150302 Interacción con vecinos. 150303 Interacción con miembros de la familia. 150304 Interacción con miembros de grupos de trabajo. 150301 Realización de actividades de voluntariado.</p> <p>Escala: Ninguna a extensa.</p>	<p>5100 POTENCIACIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN. Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros.</p> <p>Plan de cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas. • Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes. • Fomentar compartir problemas comunes con los demás. • Fomentar la implicación en intereses totalmente nuevos. • Fomentar el respeto de los derechos de los demás. • Remitir al paciente a un grupo o programa de habilidades interpersonales en los que pueda aumentar su comprensión de las transacciones, si resulta oportuno. • Responder a la mejora del cuidado del aspecto personal y demás actividades. • Ayudar al paciente a que aumente la conciencia de sus virtudes y sus limitaciones en la comunicación con los demás. • Responder de forma positiva cuando el paciente establezca el contacto con los demás.
<p>DIAGNÓSTICO: 00053 AISLAMIENTO SOCIAL</p>	

DIAGNÓSTICO: 00054 RIESGO DE SOLEDAD**DEFINICIÓN:** Susceptible de experimentar malestar asociado al deseo o necesidad de un mayor contacto con los demás, que puede comprometer la salud.**DOMINIO:** 12 Confort**CLASE:** 3 Confort social**NECESIDAD:** 10 Comunicación**PATRÓN:** 7 Auto percepción-autoconcepto**FACTORES RELACIONADOS**

- Aislamiento físico.
- Aislamiento social.
- Deprivación afectiva.
- Deprivación emocional.

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1203 SEVERIDAD DE LA SOLEDAD Gravedad de los signos y síntomas emocionales, sociales o existenciales de aislamiento.</p> <p>Indicadores 120303 Expresión de inquietud extrema 120304 Expresión de desesperanza. 120305 Sensación de no pertenencia 120306 Sensación de pérdida debido a la separación de otra persona 120307 Sensación de aislamiento social 120308 Sensación de no ser comprendido 120309 Sensación de ser excluido 120311 Dificultad para planificar 120314 Dificultad para tener una relación mutua eficaz. 120315 Fluctuaciones en el estado de ánimo. 120316 Disminución de la capacidad para concentrarse. 120318 Dificultad para tomar decisiones. 120320 Trastornos del sueño 120322 Náuseas 120323 Disminución del nivel de actividad 120324 Dolor 120325 Malestar espiritual 120327 Depresión</p> <p>Escala 14 De: Grave a Ninguno.</p>	<p>5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo. • Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes. • Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos. • Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo no utilizados o infrautilizados. • Observar la situación familiar actual y la red de apoyo. • Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias. • Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas. • Remitir a un grupo de autoayuda, o a un recurso basado en internet si se considera oportuno. • Determinar los puntos fuertes y débiles de los recursos comunitarios y aconsejar los cambios cuando sean apropiados. • Remitir a programas comunitarios de prevención o tratamiento, según corresponda. • Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y de apoyo. • Implicar a la familia/seres queridos/amigos en los cuidados y la planificación. • Explicar a los demás implicados la manera en la que pueden ayudar.
DIAGNÓSTICO: 00054 RIESGO DE SOLEDAD	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1504 SOPORTE SOCIAL Ayuda fiable de los demás.</p> <p>Indicadores:</p> <p>150401 Refiere ayuda económica de otras personas</p> <p>150402 Refiere dedicación de tiempo de otras personas</p> <p>150403 Refiere tareas realizadas por otras personas</p> <p>150404 Refiere información proporcionada por otras personas</p> <p>150405 Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas</p> <p>150406 Refiere relaciones de confianza</p> <p>150407 Refiere la existencia de personas que pueden ayudarle cuando lo necesita</p> <p>150408 Evidencia voluntad para buscar ayuda en otras personas</p> <p>150409 Refiere una red social de ayuda</p> <p>150410 Refiere contactos sociales de soporte adecuados</p> <p>150411 Refiere una red social estable</p> <p>150412 Refiere ayuda ofrecida por los demás</p> <p>Escala 06: De <i>Inadecuado a Completamente adecuado.</i></p>	<p>7110 FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR Facilitar la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente. • Apreciar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal. • Observar la estructura familiar y sus roles. • Facilitar la comprensión por parte de la familia de los aspectos médicos de la enfermedad • Identificar la percepción por parte de los miembros de la familia de la situación y los sucesos desencadenantes. • Apreciar otros factores de estrés sobre la situación para la familia. • Determinar el nivel de dependencia respecto de la familia que tiene el paciente, si procede a la edad o la enfermedad. • Animar a la familia a que se centre en cualquier aspecto positivo de la situación del paciente. • Reconocer y respetar los mecanismos de la familia para enfrentarse con los problemas. • Apoyar al cuidador principal en el aprovechamiento de oportunidades de servicios de relevo. <p>5440 AUMENTAR LOS SISTEMAS DE APOYO. Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, los amigos y la comunidad.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calcular la respuesta psicológica a la situación y la disponibilidad del sistema de apoyo. • Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes. • Determinar el grado de apoyo familiar. • Determinar el grado de apoyo económico de la familia. • Determinar los sistemas de apoyo actualmente en uso. • Determinar las barreras al uso de los sistemas de apoyo. • Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias. • Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas. • Remitir a grupo de autoayuda, si se considera oportuno. • Evaluar la conveniencia de los recursos comunitarios para identificar virtudes y defectos.
<p>DIAGNÓSTICO: 00054 RIESGO DE SOLEDAD</p>	

DOMINIO 13: CRECIMIENTO/DESARROLLO

<p>CLASES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1.CRECIMIENTO 2. 2.DESARROLLO <p>ESCALA NOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 06. De Inadecuado a Completamente adecuado 13. De Nunca demostrado a Siempre demostrado 20. De Ningún Conocimiento a Conocimiento extenso 	<p>CLASE 2 DESARROLLO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de retraso en el desarrollo del niño (00305)
Clases y escala NOC	Diagnósticos enfermeros NANDA II
Patrón Funcional alterado	
1 RECEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD	

D.ª Mónica Morán Rodrigo

DIAGNÓSTICO: 00305 RIESGO DE RETRASO EN EL DESARROLLO DEL NIÑO

DEFINICIÓN: Niño (que es susceptible de fracasar en la consecución de los objetivos de desarrollo en el marco de tiempo esperado).

DOMINIO: 13 Crecimiento/Desarrollo

CLASE: 2 Desarrollo

NECESIDAD: 4 Moverse

PATRÓN: 2 Nutricional-metabólico

FACTOR DE RIESGO	POBLACIÓN DE RIESGO
<ul style="list-style-type: none"> • Mal uso de sustancias. • Nutrición inadecuada. • Presencia de abuso 	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabetismo funcional materno. • Antecedentes de adopción. • Cuidado prenatal insuficiente. • Cuidados prenatales del último período del embarazo. • Edad materna = 15 años o edad materna = 35 años. • Embarazo no deseado. • Embarazo no planificado. • En desventaja económica. • Exposición a desastres naturales. • Exposición a la violencia. • Implicación con el sistema de cuidados de adopción. • Nutrición materna inadecuada. • Prematuridad. • Trastorno conductual. • Prueba de cribaje de drogas positiva. • Problemas de salud mental del cuidador (problema aso)

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>0108 DESARROLLO INFANTIL: Segunda infancia. Metas en el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial entre los 6 y los 11 años de edad.</p> <p>Indicadores 10801 Practica hábitos higiénicos 10802 Juega en grupos 10803 Desarrolla amistades íntimas 10804 Se identifica con sus compañeros del mismo sexo 10807 Expresa sentimientos de forma constructiva. 10815 Rinde en la escuela al nivel de su capacidad</p> <p>Escala 14 De: Grave a Ninguno.</p>	<p>8274 FOMENTAR EL DESARROLLO: Niños. Facilitar o enseñar a los progenitores/cuidadores a conseguir un crecimiento óptimo de los niños en edad preescolar y escolar en los ámbitos motor grueso y fino, lingüístico, cognitivo, social y emocional.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar a los cuidadores los hitos de desarrollo normales y las conductas relacionadas con ellos. • Mostrar a los cuidadores las actividades que promueven el desarrollo. • Identificar las tareas u objetivos de desarrollo adecuados para el niño.

DIAGNÓSTICO: 00305 RIESGO DE RETRASO EN EL DESARROLLO DEL NIÑO

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>0108 DESARROLLO INFANTIL: Segunda infancia. Metas en el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial entre los 6 y los 11 años de edad.</p> <p>Indicadores 10801 Practica hábitos higiénicos 10802 Juega en grupos 10803 Desarrolla amistades íntimas 10804 Se identifica con sus compañeros del mismo sexo 10807 Expresa sentimientos de forma constructiva. 10815 Rinde en la escuela al nivel de su capacidad</p> <p>Escala 13 De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>5566 EDUCACIÓN PARENTAL: Crianza familiar de los niños. Ayudar a los progenitores a comprender y fomentar el crecimiento y desarrollo físico, psicológico y social de su bebé, niño/s en edad pre-escolar o escolar.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pedir a los progenitores que describan las conductas del niño. • Comprender la relación entre la conducta del progenitor y los objetivos apropiados según la edad del niño. • Identificar la presencia de factores de estrés de la familia (p. ej., depresión parental, drogadicción, alcoholismo, educación limitada, violencia doméstica, conflictos de pareja, mezcla de familias después de un divorcio y castigo excesivo de los niños...).
<p>0109 DESARROLLO INFANTIL: Adolescencia. Metas en el desarrollo físico, cognitivo y psicosocial entre los 12 y los 17 años de edad.</p> <p>Indicadores 10901 Practica hábitos higiénicos. 10902 Describe el desarrollo sexual. 10904 Utiliza habilidades de interacción social. 10905 Utiliza estrategias de resolución de conflictos. 10907 Mantiene buena relación con sus compañeros del sexo opuesto. 10910 Evita el consumo de alcohol. 10911 Utiliza estrategias efectivas de afrontamiento. 10912 Manifiesta niveles progresivos de autonomía.</p> <p>Escala 13. De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>5562 EDUCACIÓN PARENTAL: Adolescentes. Apoyar a los padres para que comprendan y ayuden a sus hijos adolescentes.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprender la relación entre el comportamiento de los progenitores y los objetivos adecuados a la edad del niño. • Identificar la presencia de factores de estrés de la familia (p. ej., depresión parental, drogadicción, alcoholismo, baja alfabetización, educación limitada, violencia doméstica, conflictos de pareja, mezcla de familias después de un divorcio y castigo excesivo de los niños). • Identificar las tareas u objetivos de desarrollo del período de vida de la adolescencia. <p>8272 FOMENTAR EL DESARROLLO: Adolescentes. Facilitar el crecimiento físico, cognitivo, social y emocional óptimo de los individuos durante la transición de la infancia a la edad adulta.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al adolescente para que se implique activamente en las decisiones respecto a su propio cuidado de salud. • Comentar los hitos del desarrollo y las conductas asociadas normales con el adolescente y sus cuidadores. • Investigar los problemas de salud relacionados con el adolescente y/o sugeridos por el historial del paciente (p. ej. trastornos de la imagen corporal, trastornos de la alimentación, consumo de alcohol, drogas,...)
<p>DIAGNÓSTICO: 00305 RIESGO DE RETRASO EN EL DESARROLLO DEL NIÑO</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>2501 PROTECCIÓN FRENTE AL ABUSO. Protección frente al abuso propio y/o de otros a cargo.</p> <p>Indicadores 250103 Planes para evitar el abuso. 250104 Aplicación del plan para evitar el abuso. 250106 Seguridad de los niños. 250111 Ruptura de la relación. 250112 Limitación del contacto con el abusador 250115 Uso de la orden de alejamiento.</p> <p>Escala 06 De Inadecuado a Completamente adecuado</p>	<p>6402 APOYO EN LA PROTECCIÓN CONTRA ABUSOS: Niños. Identificación de las relaciones del niño dependiente de alto riesgo y de las acciones para evitar la posibilidad de que se le inflijan daños físicos, sexuales o emocionales, o que se abandonen las necesidades vitales básicas.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar si la familia dispone de una red de apoyo social intacta que ayude con los problemas familiares, que releve a los progenitores en el cuidado del niño y que colabore con los cuidados del niño en crisis. • Determinar si el niño muestra señales de abuso físico (p. ej., numerosas lesiones, hematomas y señales de azotes sin explicación, quemaduras, fracturas, laceraciones y abrasiones faciales sin explicación, marcas de mordedura humana, latigazo, síndrome del niño zarandeado). • Determinar si el niño muestra signos de abandono (p. ej., retraso del crecimiento, emaciación del tejido subcutáneo, hambre, mala higiene, fatiga e indiferencia constantes, alteraciones cutáneas, apatía, postura corporal rígida y vestimenta inadecuada para las condiciones climatológicas).
<p>1500 LAZOS AFECTIVOS: Padres-hijos. Conductas del padre y del hijo que demuestran un vínculo afectivo perdurable.</p> <p>Indicadores 150001 Práctica de conductas saludables durante la gestación 150003 Preparación para el recién nacido antes del nacimiento 150004 Verbalizan sentimientos positivos hacia el lactante.</p> <p>Escala 13. De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>6710 FOMENTAR EL APEGO. Facilitar el desarrollo de una relación afectiva y duradera entre el lactante y los progenitores.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentar con los progenitores las expresiones de apego basadas en su cultura, antes y después del parto. • Reforzar las conductas de papel de cuidador. • Instruir a los progenitores sobre el desarrollo del apego, haciendo hincapié en su complejidad, naturaleza evolutiva y oportunidades. <p>5370 POTENCIACIÓN DE ROLES. Ayudar a un paciente, a un ser querido y/o a la familia a mejorar sus relaciones clarificando y complementando las conductas de roles específicos.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la conversación del cambio de roles de los hermanos con la llegada del bebé, según corresponda. • Facilitar las interacciones grupales de referencia como parte del aprendizaje de los nuevos roles. • Facilitar la oportunidad al paciente de que practique el rol con nuevas conductas.
<p>DIAGNÓSTICO: 00305 RIESGO DE RETRASO EN EL DESARROLLO DEL NIÑO</p>	

RESULTADOS NOC. <i>Indicadores.</i>	INTERVENCIÓN NIC. <i>Planes de Cuidados.</i>
<p>1826 CONOCIMIENTO: Cuidado de los hijos. Grado de conocimiento transmitido sobre la provisión de un entorno educativo y constructivo para un niño desde 1 año hasta 17 años de edad.</p> <p>Indicadores 182601 Crecimiento y desarrollo normales 182602 Conducta normal del niño 182603 Necesidades de seguridad 182605 Necesidades nutricionales 182606 Necesidades de cuidados físicos 182607 Necesidades psicológicas 182608 Necesidades emocionales 182609 Necesidades de estimulación</p> <p>Escala 20 De Ningún Conocimiento a Conocimiento extenso</p>	<p>5566 EDUCACIÓN PARENTAL: Crianza familiar de los niños. Ayudar a los progenitores a comprender y fomentar el crecimiento y desarrollo físico, psicológico y social de su bebé, niño/s en edad pre-escolar o escolar.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprender la relación entre la conducta del progenitor y los objetivos apropiados según la edad del niño. • Identificar la presencia de factores de estrés de la familia (p. ej., depresión parental, drogadicción, alcoholismo, educación limitada, violencia doméstica, conflictos de pareja, mezcla de familias después de un divorcio y castigo excesivo de los niños...). • Identificar las tareas u objetivos de desarrollo adecuados para el niño. • Identificar las necesidades especiales del niño y las adaptaciones necesarias, cuando proceda. • Enseñar a los progenitores las características fisiológicas, emocionales y cognitivas normales de los niños.
<p>2211 DESEMPEÑO DEL ROL DE PADRES. Acciones parentales para proporcionar un ambiente social, emocional y físico que alimente y sea constructivo para el niño.</p> <p>Indicadores 221101 Prevé las necesidades físicas del niño 221104 Estimula el desarrollo cognitivo 221105 Estimula el desarrollo social. 221106 Estimula el crecimiento emocional 221107 Estimula el crecimiento espiritual</p> <p>Escala 13. De Nunca demostrado a Siempre demostrado</p>	<p>8300 FOMENTAR EL ROL PARENTAL. Proporcionar información sobre el rol parental, apoyo y coordinación de servicios globales a familias de alto riesgo.</p> <p>Plan de Cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar e inscribir a las familias de alto riesgo en un programa de seguimiento. • Animar a las madres a recibir atención prenatal temprana y regular. • Ayudar a los progenitores a tener esperanzas realistas adecuadas al nivel del desarrollo y de las capacidades del niño. • Enseñar a los progenitores a responder a las conductas mostradas por el niño. • Proporcionar una retroalimentación positiva y resultados estructurados en las habilidades parentales para favorecer la autoestima. • Controlar el estado de salud parental y las actividades de mantenimiento de salud.
<p>DIAGNÓSTICO: 00305 RIESGO DE RETRASO EN EL DESARROLLO DEL NIÑO</p>	

PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS EN SALUD MENTAL

Trastorno de la Conducta alimentaria (TCA)

D.ª María Luisa Luna Navarro

Introducción.

Población a la que va dirigido.

Tipos de trastornos de la Conducta Alimentaria.

Signos y síntomas más frecuentes y complicaciones en Anorexia y Bulimia.

Abordaje enfermero.

Patrones funcionales alterados.

Desarrollo del plan de cuidados

INTRODUCCION

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades de salud mental complejas, multicausadas, que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes. Los TCA representan la tercera enfermedad crónica más común entre las jóvenes llegando a una incidencia del 5%. Si bien es un trastorno cuya aparición es más frecuente entre las mujeres, los varones se ven afectados por estos es una proporción de 1:10. De acuerdo a las clasificaciones internacionales de trastornos de salud mental, existen tres grandes categorías de TCA: Anorexia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) y TCA no especificados (TANE).

La Anorexia Nerviosa (AN) es un desorden psiquiátrico grave acompañado de una alta mortalidad y morbilidad que se caracteriza por una gran reducción de la ingesta de alimentos indicada para el individuo en relación con su edad, estatura y necesidades vitales.

La edad de comienzo de la AN más frecuente es la adolescencia o la juventud aunque algunos casos aparecen después de los 40 años o en la infancia. La incidencia global oscila entre 5 y 5.4 por cada 100,000 personas/año, con un pico de incidencia de 490 por 100,000 personas/año en mujeres de 15-19 años, y un pico de incidencia de 15.7 por 100,000 personas/año en hombres de 10-24 años. Afecta en el 90% a 95% a mujeres y entre el 5% al 10% a hombres, cuyas manifestaciones clínicas son similares en ambos sexos, presentando aquéllos una importante distorsión de su identidad y roles sexuales, la hiperactividad física como modalidad defensiva frente a los temores de ganancia ponderal, y una mayor latencia en acudir a consultas con un profesional, en contraposición a las mujeres.

En la bulimia nerviosa (BN) el consumo de alimento se hace en forma de atracón, durante el cual se ingiere una gran cantidad de alimento con la sensación de pérdida de control. Son episodios de voracidad que van seguidos de un fuerte sentimiento de culpa, por lo que se recurre a medidas compensatorias inadecuadas como la autoinducción al vómito, el consumo de laxantes, diuréticos y el ejercicio excesivo.

La prevalencia a nivel mundial es de 2-4%. Aunque los datos en varones son más limitados, se estima una relación de prevalencia entre mujeres y varones de 10:1. El pico de incidencia de (BN) en mujeres (edad 16-20 años) varía desde 300 hasta 438 por 100,000 personas/año. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que al menos el 1% de la población mundial de adolescentes sufre de AN y 4.1% de BN, habiéndose producido un incremento alarmante de estos trastornos de la alimentación en las dos últimas décadas.

En la etiopatogenia intervienen factores genéticos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales que actúan como factores predisponentes, desencadenantes o mantenedores de la enfermedad, considerándose en la actualidad un trastorno multifactorial. En ella participan factores genéticos y ambientales, de cuya interacción surge la vulnerabilidad individual. Interviene además unos factores desencadenantes y otros derivados de la propia enfermedad que favorecen el mantenimiento y la perpetuación del trastorno.

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDO

A todos los pacientes diagnosticados de cualquier tipo de TCA en el momento de la valoración y/o en el seguimiento en todos los dispositivos de salud mental.

TIPOS DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

ANOREXIA

Es un TCA que se manifiesta como un deseo irrefrenable de estar delgado, acompañado de la práctica voluntaria de procedimientos para conseguirlo: dieta restrictiva estricta y conductas purgativas (vómitos auto inducidos, abuso de laxantes, uso de diuréticos, etc.). Según el DSM-IV-TR (2014), podemos definirlo:

- A. Restricción de la ingesta energética en relación con las necesidades, que conducen a un peso corporal significativamente bajo con relación a la edad, el sexo, el curso del desarrollo y la salud física. Peso significativamente bajo se define como un peso que es inferior al mínimo NORMAL o, en niños y adolescentes, inferior al mínimo esperado.
- B. Miedo intenso a ganar peso o engordar, o comportamiento persistente que interfiere en el aumento de peso, incluso con un peso significativamente bajo.
- C. Alteración en la forma en que uno mismo percibe su propio peso o constitución, influencia impropia del peso o la constitución corporal en la autoevaluación, o falta persistente de reconocimiento de la gravedad del bajo peso corporal actual.

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas). Durante los últimos tres meses, el individuo no ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas). Éste subtipo describe presentaciones en las que la pérdida de peso es debida, sobre todo a la dieta, el ayuno y/o el ejercicio excesivo.

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas). Durante los últimos tres meses, el individuo ha tenido episodios recurrentes de atracones o purgas (es decir, vómito autoprovocado o utilización incorrecta de laxantes, diuréticos o enemas).

La gravedad mínima se basa, en los adultos, en el índice de masa corporal (IMC) actual (véase a continuación) o, en niños y adolescentes, en el percentil del IMC. Los límites siguientes derivan de las categorías de la OMS para la delgadez en adultos; para niños y adolescentes, se utilizarán los percentiles de IMC correspondientes. La gravedad puede aumentar para reflejar los síntomas clínicos, el grado de discapacidad funcional y la necesidad de supervisión.

Leve: $IMC \geq 17 \text{ kg/m}^2$

Moderado: $IMC 16-16.99 \text{ kg/m}^2$

Grave: IMC 15-15.99 kg/m²

Extremo: IMC < 15 kg/m²

BULIMIA

Es un TCA que se caracteriza por episodios de atracones (ingesta voraz e incontrolada), en los cuales se ingiere una gran cantidad de alimento en poco espacio de tiempo y generalmente en secreto. Según el DSM-IV-TR (2014).

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 - 1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos h), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas.
 - 2. Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej., sensación de que no se puede dejar de comer o controlar lo que se ingiere o la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivos.
- C. Los atracones y los comportamientos compensatorio inapropiadas se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- D. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal.
- E. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

Tipo purgativo: durante el episodio de la bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxante, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, algunos, pero no todos los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado.

En remisión total: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para la bulimia nerviosa, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados (véase a continuación). La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve: un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Moderado: un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana.

Grave: un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana. *Extremo:* un promedio de 14 o más de comportamientos compensatorios inapropiados.

TRASTORNO DE EVITACIÓN/RESTRICCIÓN DE LA INGESTA DE ALIMENTOS

Su principal característica diagnóstica es la evitación o restricción en la ingesta de alimentos, se añaden cinco características, donde debe presentarse al menos una, que nos remiten a las consecuencias de esta conducta, como el bajo peso, deficiencias nutricias significativas, afectaciones importantes en el ámbito psicosocial, entre otras.

Se conserva el considerar que la práctica alimentaria no esté relacionada con la falta de disponibilidad de alimentos o con prácticas culturales, ni con los comportamientos propios del desarrollo normal (criterio B), y el distinguirla de prácticas observadas en el transcurso de la ANOREXIA o BULIMIA NERVIOSAS (criterio C).

Este trastorno debe diferenciarse de una ANOREXIA NERVIOSA, es decir, la restricción de alimentos está dada por otros motivos que no son el miedo a la obesidad.

- A. Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (p.ej., falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas y/o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes:
 - 1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños)
 - 2. Deficiencia nutritiva significativa
 - 3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral
 - 4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial
- B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.
- C. No se produce exclusivamente en el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.
- D. No se puede atribuir a una afección médica recurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno de la conducta alimentaria se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno de la conducta alimentaria excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.

EN REMISIÓN: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un periodo continuado.

TRASTORNO DE ATRACONES

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
 - 1. Ingestión, en un periodo determinado (p. ej., dentro de un periodo cualquiera de dos h), de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían un periodo similar en circunstancias parecidas.
 - 2. Sensación de pérdida de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio (p. ej. sensación de que no se puede dejar de comer o no se puede controlar lo que se ingiere lo la cantidad de lo que se ingiere).
- B. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes:
 - 1. Comer mucho más rápidamente de lo normal.
 - 2. Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.

3. Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se siente hambre físicamente.
 4. Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere.
 5. Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado.
- C. Malestar intenso respecto a los atracones.
- D. Los atracones se producen, de promedio, al menos una vez a la semana durante tres meses.
- E. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado, como en la bulimia nerviosa, y no se produce exclusivamente en el curso de la bulimia nerviosa o la anorexia nerviosa.

En remisión parcial: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, los atracones se producen con una frecuencia media inferior a un episodio semanal durante un periodo continuado **EN REMISIÓN TOTAL:** después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para el trastorno de atracones, no se ha cumplido ninguno de los criterios durante un periodo continuado.

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones (véase a continuación) La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Gravedad actual.

Leve: 1-3 atracones a la semana.

Moderado: 4-7 atracones a la semana.

Grave: 8-13 atracones a la semana.

Extremo: 14 o más atracones a la semana.

TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN POR PICA

- A. Ingestión persistente de sustancias no nutritivas y no alimentarias durante un periodo mínimo de un mes.
- B. La ingestión de sustancias no nutritivas y no alimentarias es inapropiada al grado de desarrollo del individuo.
- C. El comportamiento alimentario no forma parte de una práctica culturalmente aceptada o socialmente normativa.
- D. Si el comportamiento alimentario se produce en el contexto de otro trastorno mental (p. ej., discapacidad intelectual [trastorno del desarrollo intelectual], trastorno del espectro autista, esquizofrenia) o afección médica (incluido el embarazo), es suficientemente grave para justificar la atención clínica adicional.

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA O DE LA INGESTA DE ALIMENTOS NO ESPECÍFICOS

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos en la categoría diagnóstica de los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos. La categoría del trastorno de la conducta alimentaria o de la ingesta de alimentos no especificado se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos específico, e incluye presentaciones en las que no es suficiente información para hacer un diagnóstico más específico (p. ej., en servicios de urgencias).

TABLA 4. SIGNOS FÍSICOS QUE PUEDEN SER USADOS PARA EXAMINAR LA SEVERIDAD MÉDICA O EL COMPROMISO NUTRICIONAL EN TCA

	SIGNO	RIESGO MODERADO	RIESGO ALTO
NUTRICIÓN	IMC	<15	<13,5
	IMC PERCENTIL	<3	<2
	PÉRDIDA DE PESO SEMANAL	>0,5 KG	>1,0KG
	RASH PURPÚTEO		+
CIRCULATORIO	PRESIÓN SISTÓLICA	<90 MM HG	<80 MM HG
	PRESIÓN DIASTÓLICA	<60 MM HG	<50 MM HG
	DECRECIMIENTO POSTURAL	>10 MM HG	>20 MM HG
	TASA DE PULSO	<55/MIN	<50/MIN
	SATURACIÓN DE OXÍGENO		<90 %
	EXTREMIDADES		EDEMATOSAS
TEMPERATURA CENTRAL	<35,5 °C		<34,5 °C
RESULTADOS DE LABORATORIO	HEMOGRAMA, UREA,	PREOCUPACIÓN SI	K <3,0 MMOL/L
	ELECTROLITOS (INCLUYE	SOBREPASA LOS	NA <135 MMOL/L
	FOSFATO), LFT, ALBUMINAS,	LÍMITES NORMALES	FOSFATO <0,8 MMOL/L
	CREATININA, GLUCOSA		
	ECG	<60/MIN	<50/MIN

FUENTE [REV. MED. CLIN. CONDES-2011; 22(1) 85-97]1

SIGNOS Y SINTOMAS MÁS FRECUENTES Y COMPLICACIONES EN ANOREXIA Y BULIMIA

EN LA ANOREXIA

- Rechazo al peso normal o al aumento de peso ponderal.
- Distorsión de la imagen corporal: las personas con Anorexia están centradas en su peso corporal, en el temor a engordar y al sobrepeso (temor que se intensifica a medida que la paciente va perdiendo peso) y en el deseo de adelgazar. El trastorno de la vivencia corporal es un factor nuclear en el concepto de TCA. Otras alteraciones psicopatológicas: Suelen estar presentes síntomas como:
 - Humor depresivo, apatía, dificultad para concentrarse, ansiedad, irritabilidad, o aislamiento social.
 - Pérdida de la libido.
 - Rumiaciones y/o rituales obsesivos alrededor de la comida.
 - Alteraciones fisiológicas: como consecuencia de la pérdida ponderal aparecen alteraciones secundarias a la desnutrición, especialmente hormonales y metabólicas.
 - Amenorrea (primaria o secundaria): Puede aparecer hasta en el 70% de los casos cuando la pérdida ponderal es significativa. Un 20% de pacientes presentan amenorrea sin pérdida de peso previa detectable. La causa es un hipogonadismo hipogonadotrófico originado por una disfunción hipotalámica que se considera primordialmente producida por la reducción de la ingesta calórica y la pérdida de peso.

- Hiperactividad física: Pueden presentar dos tipos de hiperactividad:
- El ejercicio físico deliberado dirigido a quemar calorías y perder peso, que suele practicarse en solitario, tiene características obsesivas y únicamente se da en una minoría de pacientes.
- La hiperactividad involuntaria secundaria a la desnutrición, que es una respuesta automática en forma de inquietud persistente similar a la observada en animales de laboratorio sometidos a una ingesta hipocalórica.

EN LA BULIMIA

- Pérdida de control sobre la conducta alimentaria, que enmarca los episodios recurrentes de ingesta voraz (atracones). Las personas afectadas ingieren gran cantidad de alimentos en cortos períodos de tiempo. Pueden desencadenarse por estados de humor disfórico, dificultades interpersonales, hambre intensa o tras dietas restrictivas o sentimientos relacionados con el peso, la figura corporal o los alimentos. Se acompaña de sensación de falta de control y pueden reducir la disforia de forma transitoria, pero siempre van seguidos de sentimientos de culpa, autodesprecio o humor depresivo:
- Presencia de mecanismos compensatorios destinados a impedir el aumento de peso.
- La mayoría se provoca el vómito después del atracón. El efecto inmediato es el alivio del malestar físico y la reducción del miedo a ganar peso. La forma más frecuente es mediante la introducción de la mano para provocar el reflejo nauseoso.
- Otros mecanismos utilizados para evitar el aumento de peso son el abuso de laxantes y el uso de diuréticos o el consumo de otros fármacos anorexígenos, la realización de ejercicio excesivo o el ayuno. Tanto los laxantes como los diuréticos provocan deshidratación con la consiguiente sensación de pérdida ponderal, pero al interrumpir su utilización se produce una retención refleja de líquidos y, por lo tanto, se perpetúa su empleo.
- Preocupación persistente por el peso y la figura: se trata de un miedo morboso a engordar.

COMPLICACIONES Y COMORBILIDAD MÉDICA Y PSICOLÓGICA DE LOS TCA

Las complicaciones médicas de los TCA pueden afectar a la mayoría de los órganos del cuerpo. Los signos y síntomas físicos durante la adolescencia se deben principalmente a la malnutrición ya las consecuencias de las conductas compensatorias. Estas complicaciones son más frecuentes en la AN y su aparición se correlaciona con la duración, severidad, número de episodios de TCA y momento del desarrollo en que este se presenta.

TABLA 3. COMPLICACIONES MÉDICAS EN LOS TCA

Metabólicas	Hipoglicemia
Médula ósea	Anemia Leucoenia Trombocitopenia
Fluidos y Electrolitos	↓ Potasio ↓ Sodio ↓ Fosfato ↓ Calcio
Cardiovascular	↓ Cloro ↓ Magnesio ↓ Zinc
Cardiovascular	Hipotensión Arritmias y taquicardia Cambios en el ECG (bajo voltaje, bradicardia sinusal, inversión de la onda T, depresión del segmento ST e intervalo QT prolongado)
Pulmonar	Neumotórax (rara)
Gastrointestinal	Hematemesis Úlcera gástrica ↓ Motilidad intestinal (constipación)
Renal	↑ Urea y creatinina Oliguria Anuria
Neurológicas o de la función cognitiva	Convulsiones metabólicas Encefalopatías metabólicas Disfunciones cognitivas (memoria, atención, flexibilidad cognitiva, etc.) Disminución del volúmen cerebral
Musculo esqueléticas	Disminución de la masa ósea Pérdida de fuerza muscular Miopatía proximal
Endocrinas	Amenorrea Ovario poliquístico Hipotiroidismo ↑ Cortisol Secreción inapropiada de hormona antidiurética
Otras secundarias a purgas	Esofagitis Erosiones del esmalte dental Síndrome de Mallory-Weiss Ruptura esofágica o gástrica Neumonía aspirativa Acidosis metabólica Deshidratación crónica Aumento nitrógeno ureico sanguíneo Preisposición a nefrolitiasis Hiperuricemia

FUENTE [REV. MED. CLIN. CONDES-2011; 22(1) 85-97]

ABORDAJE ENFERMERO

El tratamiento de un trastorno de la alimentación depende del trastorno en particular y de sus síntomas. Se recomienda que se realice, siempre que sea posible, de forma ambulatoria o en hospital de día, ya que se interfiere menos con el funcionamiento general de los pacientes, que en muchos casos serán adolescentes. Es necesario un abordaje conjunto, entre diferentes profesionales, que tenga en cuenta los aspectos nutricionales, médicos, psicológicos y enfermeros.

El tratamiento de un trastorno de la alimentación también debe abordar otros problemas de la salud provocados por este, que pueden ser graves o, incluso, pueden poner en riesgo la vida si no se tratan por mucho tiempo. Si un trastorno de la alimentación no mejora con el tratamiento estándar o provoca problemas de salud, es posible que necesites hospitalización u otro tipo de programa hospitalario.

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS

La multicausalidad y las repercusiones multisistémicas que caracterizan a estos trastornos, conllevan a que, en base a la valoración de Enfermería por patrones funcionales de Marjory Gordon, se encuentran alteraciones en todos los patrones.

PATRÓN 1 PERCEPCIÓN-CONTROL DE LA SALUD

- Percepción de su estado de salud/Conciencia de enfermedad.
- Motivación para el cambio de actitud y conductas.
- Últimas revisiones, citas médicas, analíticas.
- Patologías que tienen más miedo de padecer.
- Historia de consumo de medicamentos y tóxicos.
- Uso de cosméticos, “curativos”.

Diagnósticos. Patrón 1

00292 Conductas ineficaces de mantenimiento de la salud.

00276 Autogestión ineficaz de la salud

PATRÓN 2. NUTRICIONAL-METABÓLICO

- Tipo de alimentación que lleva.
- Hábitos en la preparación de la comida.
- Hábitos sociales alrededor de la comida

Diagnósticos. Patrón 2

00002 Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.

00025 Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos.

00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

00102 Déficit de autocuidado: Alimentación.

00314 Retraso en el desarrollo del niño

PATRÓN 3. ELIMINACIÓN

- Hábito de eliminación urinaria y hábito intestinal.
- Conductas purgativas.
- Actitudes ante la deposición.

Diagnósticos. Patrón 3

00011 Estreñimiento.

00013 Diarrea.

PATRÓN 4. ACTIVIDAD-EJERCICIO

- Ejercicio físico que realizan.
- Actividades de la vida diaria.
- Autopercepción de la propia capacidad para realizar actividad física.
- Actividad laboral o escolar.
- Valoración a la familia/pareja/cuidador.

Diagnósticos. Patrón 4

00093 Fatiga.

00204 Perfusión tisular periférica ineficaz.

PATRÓN 5. SUEÑO-REPOSO

- Horas de sueño.
- Facilidad para conciliar el sueño.
- Calidad del sueño.
- Periodos de descanso durante el día.
- Despertares nocturnos.
- Valoración a la familia/pareja/cuidador.

Diagnósticos. Patrón 5

00198 Trastorno del patrón de sueño.

PATRÓN 6. COGNITIVO-PERCEPTIVO

- Percepción de la propia imagen.
- Nivel de estudios.
- Capacidad de concentración.
- Objetivos a nivel de estudios o trabajo.
- Tiempo de dedicación al trabajo o estudio.
- Otras habilidades artístico-manuales.
- Valoración a la familia/pareja/cuidador.

Diagnósticos. Patrón 6

00251 Control emocional inestable.
00126 Conocimientos deficientes
00199 Planificación ineficaz de las actividades.

PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

- ¿Cómo se ve/autodescribe físicamente?
 - ¿Cómo se autodescribe emocional-sentimentalmente?
 - Problemas al comprar la ropa.
 - Miedos y fobias.
 - Conductas auto-agresivas realizadas o no realizadas, ideas suicidas.
 - Valoración a la familia/pareja/cuidador.
-

Diagnósticos. Patrón 7

00118 Trastorno de la imagen corporal.
00124 Desesperanza.
00121 Trastorno de la identidad personal.
00119 Baja autoestima crónica.
00140 Riesgo de violencia autodirigida.

PATRÓN 8. ROL-RELACIONES

- Núcleo familiar.
 - Relaciones sociales.
 - Cambios en las relaciones.
 - Valoración a la familia/pareja/cuidador.
-

Diagnóstico. Patrón 8.

00055 Desempeño ineficaz del rol.
00063 Procesos familiares disfuncionales.
00061 Cansancio del rol de cuidador(a).
00052 Deterioro de la interacción social.
00294 Autogestión ineficaz de la salud familiar.

PATRÓN 9. SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

- Vida sexual
 - Historia de obstetricia
-

Diagnósticos. Patrón 9

00059 Disfunción sexual.
00065 Patrón de sexualidad ineficaz.

PATRÓN 10. ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Adaptación/tolerancia ante el estrés.
- Valoración a la familia/pareja/cuidador.

Diagnósticos. Patrón 10

00069 Afrontamiento ineficaz.

00072 Negación ineficaz

00188 Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud.

00222 Control de impulsos ineficaz.

00289 Riesgo de conducta suicida.

PATRÓN 11. VALORES-CREENCIAS

- Valores importantes en su vida.

Diagnósticos. Patrón 11

00066 Sufrimiento espiritual.

DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS

La realización de un plan de cuidados estandarizados con taxonomía NANDA-NIC–NOC constituye un método para proporcionar unos cuidados de calidad para los pacientes con TC.

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00120	Baja autoestima situacional	1205	Autoestima	5270	Apoyo emocional	<ul style="list-style-type: none"> – Observar las frases del paciente sobre su propia valía animándolo a identificar sus cualidades – Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoran su aspecto
				5400	Potenciación de la autoestima	
0119	Baja autoestima crónica	1614	Autonomía personal	5230	Mejorar el afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> – Ayudarlo a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal – Enseñar a cambiar autoafirmaciones – Trabajar habilidades sociales.
				4700	Reestructuración Cognitiva	
				5370	Potenciación de roles	
00069	Afrontamiento ineficaz	1405	Control de impulsos	5230	Mejorar el afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> – Técnicas de respiración y relajación – Trabajar habilidades sociales – Apoyo para que identifique los sentimientos de culpa y las situaciones que precipitan ansiedad, así como búsqueda de motivaciones para ejercer un cambio en ciertos aspectos de la vida. – Técnicas de resolución de problemas
				5820	Disminución de la ansiedad	
				4410	Establecimiento de objetivos comunes	
				4354	Manejo de la conducta: autolesión	
		1302	Afrontamiento de problemas	4920	Escucha activa	
				5250	Apoyo en la toma de decisiones	
5820	Disminución de la ansiedad					
00015	Riesgo de estreñimiento	0501	Eliminación intestinal	0450	Manejo en el estreñimiento/impactación	<ul style="list-style-type: none"> – Identificar los factores que causan el estreñimiento – Aumentar ingesta hídrica – Dieta rica en fibra – Actividad física – Instruir al paciente y familia sobre la relación entre la dieta, ejercicio e ingesta de líquidos para el estreñimiento.
				0430	Control intestinal	
				1160	Monitorización nutricional	
				1100	Cuidados de la nutrición	
00095	Insomnio	1850	Mejorar el sueño	1850	Fomentar el sueño	<ul style="list-style-type: none"> – Higiene del sueño. Determinar el patrón de sueño/vigilia. – Ajustar el ambiente para favorecer el sueño – Controlar la administración y efecto de los estimulantes. – Regular horarios y ritmos.
				5820	Disminuir la ansiedad	
00118	Trastorno de la imagen corporal	1200	Imagen corporal	5220	Mejora de la imagen corporal	<ul style="list-style-type: none"> – Expresiones de valoración y aumento de autoestima. – Corregir pensamientos. Distorsionados. – Marcarse objetivos realistas esperando un cambio lento, pero progresivo, en los hábitos alimentarios.
				4700	Reestructuración cognitiva	
				5400	Potenciación de la autoestima	
		1302	Afrontamiento de problemas	5230	Aumentar el afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> – Ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes, reforzándolos.
				5510	Educación para la salud	<ul style="list-style-type: none"> – Establecer relación terapéutica.

D. Pedro Fernández de Velasco Casarrubios

Introducción

Esquizofrenia

Definición de esquizofrenia

Población a la que va dirigido

Tipos de esquizofrenia

Sintomatología más frecuente

Curso de la esquizofrenia

Pronóstico de la esquizofrenia. Indicadores

Trastorno delirante

Población a la que va dirigido

Formas clínicas

Abordaje enfermero

Patrones funcionales alterados en pacientes con esquizofrenia y trastorno delirante

Desarrollo del plan de cuidados en pacientes con esquizofrenia y trastorno delirante

INTRODUCCION

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas en todo el mundo, A nivel mundial, se calcula para esta enfermedad una prevalencia entre el 0,5 y 1,5 % de la población, existen en general poca variación entre las diferentes culturas. Esta prevalencia se expresa por igual entre hombres y mujeres, aunque para los hombres se observa un comienzo más temprano.

En todo el mundo, la esquizofrenia se asocia a una discapacidad considerable y puede afectar al desempeño educativo y laboral. Las personas con esquizofrenia tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una edad temprana que el conjunto de la población. Esto se debe por lo general a enfermedades físicas, como enfermedades cardiovasculares, metabólicas e infecciosas.

En general las personas que sufren esquizofrenia presentan en mayor o menor medida déficit en alguna o en varias de las siguientes grandes áreas: *Autocuidados* (Falta de higiene personal, deficiente manejo de su entorno, hábitos de vida no saludables). *Autonomía* (Deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, nula utilización del ocio y tiempo libre, dependencia económica y mal desempeño laboral). *Afrontamiento personal* (Incapacidad de manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal). *Relaciones Interpersonales* (Falta de red social, inadecuado manejo de situaciones sociales, déficit en habilidades sociales). *Ocio y tiempo libre* (Aislamiento, incapacidad de manejar el ocio, incapacidad de disfrutar, falta de motivación e interés). *Funcionamiento cognitivo* (dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de información). *Funcionamiento laboral* (Falta de experiencia o fracaso laboral, expectativas laborales desajustadas, falta de hábitos básicos de trabajo, dificultades de manejo sociolaboral).

ESQUIZOFRENIA

DEFINICIÓN DE ESQUIZOFRENIA

La **esquizofrenia**, es una enfermedad cuya principal característica es la disolución de la identidad propia y el subsiguiente deterioro de la relación del paciente y de su entorno. Se declara hacia la pubertad y se caracteriza por alteraciones del humor y de la conducta.

Conductas o problemas:

- Conducta retraída o inhibida.
- Conducta regresiva.
- Ansiedad en incremento, agitación.
- Disminución de la autoestima.
- Pérdida de los límites del yo, es decir, incapacidad para percibir o diferenciar el concepto de sí mismo de los elementos del medio exterior.
- Alucinaciones.
- Ideas delirantes.
- Pensamiento desorganizado, ilógico.
- Respuestas emocionales inadecuadas o insuficientes.
- Trastornos de la volición y de la actividad dirigida a objetivos.
- Malas relaciones interpersonales.
- Dificultad para entablar comunicación verbal.
- Exageración de las respuestas a los estímulos.
- Agresión hacia sí o hacia otras personas.
- Alteraciones del sueño, fatiga.
- Trastornos del apetito: nutrición insuficiente.
- Conflictos sexuales.
- Estreñimiento.
- Trastornos menstruales.

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDO

A todos los pacientes diagnosticados de cualquier tipo de esquizofrenia que en el momento del ingreso presentan una descompensación de la sintomatología psicótica, precisando ingreso en la unidad de hospitalización breve (UHB).

TIPOS DE ESQUIZOFRENIA

Los principales tipos son (Hernández Lira, 2007):

- **Desorganizada o Hebefrénica:** su principal característica es el lenguaje y el comportamiento desorganizado, así como la afectividad aclarada o inapropiada. Esto puede ir acompañado de risas inmotivadas por algo del medio o por el mismo sujeto (pensamientos). Si existen ideas delirantes o alucinaciones, éstas son fragmentadas, sin organización hacia un tema. Los pa-

cientes tienen un mínimo de preocupación por las normas sociales. Su inicio es precoz, coincidiendo con los primeros años de la adolescencia, y aparece de forma insidiosa. El pronóstico para la recuperación es negativo, ya que tiende a la cronicidad.

- **Catatónica:** se caracteriza por una importante alteración psicomotora, que va desde inmovilidad total caracterizada por una inhibición generalizada que conductualmente se revela por estupor, mutismo, negativismo y flexibilidad cérea hasta una variedad excitada caracterizada por una actividad motora excesiva y, a veces, violenta.
- **Paranoide:** es el diagnóstico más común en los pacientes con esquizofrenia. La principal característica consiste en la presencia de ideas delirantes o alucinaciones auditivas en el contexto de una conversación relativa de la capacidad cognoscitiva y en situaciones de afectividad.

Fundamentalmente, las ideas delirantes son de persecución, de grandeza o ambas, pero también pueden presentarse de otra temática (por ejemplo: celos, religiosidad o somatización). La sintomatología incluye ansiedad, ira, retraimiento y tendencia a discutir. Su inicio tiende a ser más tardío que en otros tipos de esquizofrenia y las características distintivas son más estables en el tiempo. Algunos datos sugieren que el pronóstico es mejor, lo que permite una mayor adaptabilidad social (Gómez & Llorca, 2009).

- **Indiferenciada:** se caracteriza por presencia de síntomas psicóticos (ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o desorganizado y síntomas negativos), pero no cumplen criterios para los tipos paranoide, desorganizado o catatónico.
- **Residual:** este diagnóstico se asigna al paciente que, si bien conserva alguno de los síntomas de la esquizofrenia, no son tan pronunciados o no tienen la misma carga afectiva que antes, es decir, los síntomas están atenuados. Por tanto, puede aparecer afectividad aplanada, pobreza del lenguaje o abulia, pero sin que en el momento existan síntomas psicóticos tales como ideas delirantes o alucinaciones (Gómez & Llorca, 2009).

SINTOMATOLOGÍA MÁS FRECUENTE

SÍNTOMAS POSITIVOS (ALMEIDA, HOWARD, LEVY, & DAVID, 1995), (DERITO & MONCHABLON, 2011):

1. Alteración de la conducta.
 - Afecto inapropiado a los estímulos.
 - Risas inmotivadas.
2. Alteración de la afectividad.
 - Afecto inapropiado a los estímulos.
 - Risas inmotivadas.
3. Alteración del pensamiento.
 - Pensamiento disgregado e incoherente.
 - Taquipsiquia: aceleración del pensamiento, es decir, responde sin dejar tiempo entre pregunta y respuesta.
 - Ideas delirantes y alucinaciones (auditivas).

- Los delirios más frecuentes son: de persecución (creen que constantemente se está conspirando contra ellos o que son perseguidos), de grandeza (supone creer que se tienen poderes o habilidades especiales), celotípicos (cree que su pareja le está siendo infiel a pesar de la presencia de evidencias que indiquen lo contrario), de culpa (tiene la creencia de que ha cometido algún pecado terrible o de que ha hecho algo imperdonable), religioso (creencias falsas de naturaleza religiosa), el somático (cree que de alguna manera su cuerpo está enfermo, es anormal o ha cambiado), de referencia (creencia de que detalles, frases o acontecimientos aparentemente sin importancia se refieren a él), entre otros, etc. (Paolini, Moretti, & Compton, 2016).
4. Alteración de lenguaje.
- Neologismos, es decir, creación patológica de nuevas palabras.
 - Ecolalia, es decir, repetición de la última palabra o frase oída.
 - Verborrea o taquilalia, es decir, habla rápida.
5. Alteración de la sensopercepción (Derito & Monchablon, 2011), (Seal, Aleman, & Mc Guire, 2004).
- Alucinaciones auditivas, hacen referencia a voces que hablan al paciente o que le llaman. Las voces pueden ser masculinas o femeninas, familiares o desconocidas y le pueden halagar o criticar, si bien generalmente son voces desagradables y negativas. Para el paciente las voces son reales y pueden hacerle actuar en consecuencia.
 - Alucinaciones visuales, el paciente ve formas o personas que en realidad no están presentes. A veces son formas o colores, pero por lo general se trata de figuras de personas u objetos de formas humanas.
 - Alucinaciones olfativas, se caracterizan porque el paciente percibe olores desacomunados y generalmente desagradables. Incluso puede creer que dichos olores proceden de él.
 - Alucinaciones gustativas, consisten en la experimentación de sabores en la boca sin motivo aparente o en la percepción de un sabor como si fuera otro distinto.
 - Alucinaciones táctiles, consisten en la experimentación de sensaciones en el exterior del cuerpo (piel o pelo) sin que medie la influencia de estímulos reales. Suelen ser sensaciones molestas o incluso algo dolorosas.
 - Alucinaciones cenestésicas, se refieren a sensaciones corporales de tipo peculiar. Incluyen sensación de quemazón, hormigueos o sensación de que el cuerpo ha cambiado de forma y tamaño. (Seal, Aleman, & Mc Guire, 2004).

SÍNTOMAS NEGATIVOS

1. Alteración de la conducta.
- Déficit de autocuidados.
 - Disminución y desinterés en las relaciones sociales.
 - Inhibición.
 - Estupor (condición o alteración del estado de la conciencia de una persona en la que se produce una marcada disminución de ésta) y perplejidad.
 - Disminución de la voluntad.

2. Alteración de la afectividad.

- Aplanamiento afectivo, se manifiesta como un empobrecimiento característico de la expresión de emociones y sentimientos. Esta pobreza afectiva se manifiesta en aspectos del comportamiento como: expresión facial inmutable, movimientos espontáneos disminuidos, escaso contacto visual, incongruencia afectiva y ausencia de respuesta y ausencia de inflexiones vocales (Donnoli, Santos, Almeida, & Ferreyra, 2007).
- Alogia. Consiste en una disminución severa de la fluidez del pensamiento, acompañada de escasa o nula iniciativa para hablar, con respuestas breves y vacías ante preguntas.
- Anhedonia. Consiste en la dificultad para experimentar interés o placer por las cosas que antes gustaba hacer o por las actividades normalmente consideradas placenteras.
- Apatía, es decir, pierden su entusiasmo normal, su energía y su interés por lo que les rodea. Esto implica, con frecuencia, que los pacientes sean incapaces de cumplir con sus obligaciones, de llevar una vida social normal o de iniciar o terminar por sí mismos un gran número de tareas. Tiende a ser relativamente crónico (Dachesky, 2009).
- Sensación de vacío o indiferencia ante lo que les rodea.
- Incapacidad de verbalizar o expresar emociones.
- Impotencia para tomar una decisión o cumplir un acto deseado y reconocido como necesario por el paciente.

3. Alteración del pensamiento.

- Embotamiento mental: respuesta del pensamiento disminuida.
- Pobreza de discurso con pensamiento concreto y pobre.
- Pensamiento enlentecido o inhibido pudiendo llegar al mutismo, es decir, ausencia del lenguaje sin causa orgánica aparente.

4. Alteración del lenguaje.

- Lenguaje redundante.
- Simbolismos.
- Disartria, es decir, trastorno en la articulación de las palabras.
- Bradifemia o bradilalia, es decir, habla enlentecida.

CURSO DE LA ESQUIZOFRENIA

FASE PRODRÓMICA

- Comportamiento autista.
- Comportamiento ansioso.
- Abandono o descuido de actividades habituales.
- Alteraciones premórbidas de la personalidad.

FASE AGUDA

- Brote esquizofrénico con presencia de síntomas psicóticos claros.

FASE RESIDUAL

- Persistencia de algunos síntomas.

PRONÓSTICO DE LA ESQUIZOFRENIA. INDICADORES

El curso de la enfermedad es variable y en general, se aceptan los siguientes cursos:

- Episodio agudo con remisión completa: el 20% de los casos se recuperan.
- Enfermedad aguda recurrente: 20%. Estos pacientes no suelen alcanzar la remisión completa tras los episodios agudos, por lo que se van deteriorando progresivamente tras cada episodio nuevo.
- Enfermedad crónica de inicio agudo: 20%.
- Enfermedad crónica de inicio insidioso: 20%.
- Suicidio: 10-15%.

INDICADORES DE BUEN PRONÓSTICO:

- Inicio tardío de la enfermedad.
- Buena adaptación social, laboral y familiar.
- Existencia de agentes estresantes desencadenantes.
- Comienzo agudo.
- Ausencia de antecedentes familiares.
- Apoyo socio-familiar.
- Capacidad para colaborar en el tratamiento.
- Pocas o ninguna recaída en 5 años.

INDICADORES DE MAL PRONÓSTICO:

- Inicio precoz.
- Como consecuencia de lo anterior, mala adaptación.
- Ausencia de agentes externos.
- Comienzo lento e insidioso.
- Existencia de antecedentes familiares.
- Ausencia de apoyo socio-familiar.
- Escasa colaboración al tratamiento.
- Múltiples recaídas.

TRASTORNO DELIRANTE

Se caracteriza por la presencia de ideas delirantes que, en principio, no son excesivamente extrañas o inverosímiles y, se mantienen más de 3 meses. Anteriormente, se denominaba trastorno paranoide o paranoia. Se distingue de la esquizofrenia porque en el trastorno delirante, los delirios se presentan de forma organizada y coherente, y hacen que sean incluso creíbles. No presentan alteraciones de la sensopercepción, ni del lenguaje, ni de la afectividad. Sin embargo, sí presentan

conductas consecuentes con los delirios como hostilidad, desconfianza, agresividad y euforia. Este tipo de trastorno suele aparecer a partir de los 40 años.

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDO

A todos los pacientes diagnosticados de cualquier tipo de trastorno delirante crónico que en el momento de la valoración presentan una descompensación de la sintomatología psicótica, precisando intervención o ingreso en hospitalización.

FORMAS CLÍNICAS:

TIPOS:

- **Persecutorio:** ideas delirantes en donde la persona o alguien próximo a ella está siendo perseguida de alguna manera.
- **Celotípico:** ideas delirantes en donde se creen que el compañero le es infiel.
- **Erotomaniaco:** ideas delirantes de que otra persona, en general de un rango superior, está enamorada de la persona.
- **Grandioso o megalomaniaco:** ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos, identidad o relación especial con una divinidad o persona famosa.
- **Somático:** ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o enfermedad médica.

ABORDAJE ENFERMERO

El principal papel de Enfermería en este tipo de patologías es el acompañamiento y el cuidado del paciente a lo largo de todo el proceso de su enfermedad. Los profesionales de Enfermería se convierten en los referentes para los pacientes, estableciéndose una relación de confianza entre ambos. Es fundamental en el inicio tener una buena adherencia al tratamiento mediante educación sanitaria clara y cercana. En este sentido, uno de los principales problemas con que se encuentran los profesionales de Enfermería es la falta de dicha adherencia, siendo las principales causas de este hecho, la falta de conciencia de enfermedad y los efectos secundarios del tratamiento. Son cuidados fundamentales para evitar las recaídas y cronicidades, trabajar la conciencia de enfermedad y de la necesidad de seguir un tratamiento. Proporcionar psicoeducación tanto de la enfermedad como del tratamiento y efectos secundarios, a los pacientes y a la familia. Proporcionando siempre unos cuidados de calidad desde cualquier recurso de los servicios de salud mental donde se encuentre el paciente.

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS EN ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNO DELIRANTE

PATRÓN 1. PERCEPCIÓN-CONTROL DE LA SALUD

- Nula conciencia de enfermedad.
- Incumplimiento terapéutico.
- Riesgo de traumatismo/infecciones/intoxicaciones debido a los efectos secundarios de los fármacos.

Diagnósticos. Patrón 1.

00292 Conductas ineficaces de mantenimiento de la salud.

00300 Conductas ineficaces para el mantenimiento del hogar.

PATRÓN 2. NUTRICIONAL-METABÓLICO

- La relación consumo/gasto puede ser superior a lo requerido o, por lo contrario, inferior.
- La forma de alimentarse es desordenada y compulsiva.
- Preferencia por alimentos ricos en HC y comida de fácil preparación.
- Tendencia a la obesidad por los malos hábitos nutricionales y por los efectos secundarios de la medicación.
- A veces solo comen alimentos envasados y que ellos mismos comprueban por temor al envenenamiento.
- Son reticentes al seguimiento de las dietas especiales.
- Pueden presentar disfagia como consecuencia de los efectos secundarios de los neurolépticos.

Diagnósticos. Patrón 2

0002 Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.

PATRÓN 3.ELIMINACIÓN

- Alteración tanto vesical como intestinal.
- Estreñimiento, causado por: mala alimentación, vida sedentaria, disminución de la ingesta hídrica, descuido de hábitos higiénico-dietéticos y efectos secundarios de la medicación.

Diagnósticos. Patrón 3

00011 Estreñimiento

00013 Diarrea

PATRÓN 4. ACTIVIDAD-EJERCICIO

- Abandono de la autonomía en cuanto a autocuidados: higiene, imagen corporal y AVD.
- Alteración en el habla, tono de voz uniforme, velocidad enlentecida y un período de latencia en la respuesta alto. En el otro extremo podemos encontrar un tono de voz elevado y verborrea.
- Incoordinación en la expresión y la emoción.
- Vida sedentaria.
- Su actividad física habitual puede verse reducida debido a algunos síntomas negativos y a la confusión mental.
- En su comportamiento motriz podemos encontrar: agitación, inquietud, inhibición temblores, catatonía, estereotipias, manierismos, bloqueos y tics, entre otros.

- Dentro del comportamiento motriz debemos tener en cuenta los efectos secundarios de los neurolépticos, las llamadas reacciones extrapiramidales, que consisten en: reacciones distónicas agudas, sd. parkinsoniano, acatisia, discinesia tardía, sd. neuroléptico maligno, entre otros.

Diagnósticos. Patrón 4

00168 Estilo de vida sedentario

PATRÓN 5. SUEÑO – REPOSO

- Las ideas delirantes/alucinaciones se intensifican por la noche, por lo que se evita el sueño.
- Suelen usar hipnóticos que suelen autoadministrarse incluso de madrugada y, mantienen sus efectos en las primeras horas del día.
- Durante el día se sienten fatigados y con sensación de que el sueño no ha sido reparador.
- Pérdida del ritmo sueño-vigilia.

Diagnósticos. Patrón 5

00095 Insomnio

PATRÓN 6. COGNITIVO – PERCEPTIVO

- Pérdida de la orientación temporo-espacial e incluso, la orientación personal.
- Alteraciones sensoperceptivas. Les va a provocar síntomas característicos, tales como: hablar solos, taparse los oídos, poner música a volumen alto y mirar hacia algo concreto que no parece importante.
- Las alteraciones en el pensamiento son múltiples tanto en curso (incoherencia y disgregación) como en contenido (delirios).
- Dificultades en la concentración y memoria.

Diagnósticos. Patrón 6

00251 Control emocional inestable

00128 Confusión aguda

PATRÓN 7. PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO – AUTOCONCEPTO

- Los pacientes mayoritariamente presentan baja autoestima.
- No se sienten a gusto consigo mismos.
- No valoran de forma positiva sus capacidades y logros.
- Se destapan sentimientos de miedo, angustia y vacío.
- Se sienten presionados por sus pensamientos y por su entorno, pudiendo llegar a la desesperanza e ideación suicida.
- Excepcionalmente pueden presentar una autoestima elevada en caso de ideación megalomaniaca.

Diagnósticos. Patrón 7

00121 Trastorno de la identidad personal
00146 Ansiedad
00140 Riesgo de violencia autodirigida
00193 Descuido personal

PATRÓN 8. ROL – RELACIONES

- Aislamiento social.
 - Pérdida de relaciones.
-

Diagnósticos. Patrón 8

00055 Desempeño ineficaz del rol

PATRÓN 9. SEXUALIDAD – REPRODUCCIÓN

- Relaciones sexuales insatisfactorias, en ocasiones se debe a los afectos secundarios de la medicación.
 - Relaciones sexuales sin protección, con el consiguiente riesgo de transmisión de ETS.
 - Las pacientes femeninas presentan: desarreglos menstruales y riesgo de embarazos debido a la promiscuidad sexual.
-

Diagnósticos. Patrón 9

00059 Disfunción sexual

PATRÓN 10. ADAPTACIÓN/TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Este patrón se ve altamente alterado debido a la pérdida de la realidad.
 - En otros casos, utilizan las creencias religiosas como refugio a su situación de indefensión personal.
 - Son más vulnerables a situaciones estresantes.
 - Un estado de tensión y/o ansiedad pueden provocar una descompensación.
-

Diagnósticos. Patrón 10

00069 Afrontamiento ineficaz
00188 Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud.

PATRÓN 11. VALORES Y CREENCIAS

- Este patrón se ve altamente alterado debido a la pérdida de la realidad.
 - En otros casos, utilizan las creencias religiosas como refugio a su situación de indefensión personal.
-

Diagnósticos. Patrón 11

00066 Sufrimiento espiritual.

DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS DEL PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA Y CON TRASTORNO DELIRANTE

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA/TRASTORNO DELIRANTE						
COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00276	Autogestión ineficaz de la salud.	1601	Conducta de cumplimiento	4420	Acuerdo con el paciente	<ul style="list-style-type: none"> – Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados. – Ayudar al paciente a desarrollar un plan a cumplir por objetivos. – Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para conseguir los objetivos
		1813	Conocimiento régimen terapéutico	5602	Enseñanza: proceso de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> – Evaluar el nivel de conocimientos del paciente r/c el proceso de enfermedad. – Describir el proceso de la enfermedad.
				4360	Modificación de la conducta	<ul style="list-style-type: none"> – Determinar la motivación al cambio del paciente. – Reforzar las decisiones constructivas respecto a las necesidades sanitarias
00001	Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso	1008	Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos	1100	Cuidados de la nutrición	<ul style="list-style-type: none"> – Determinar la ingesta y hábitos alimentarios del paciente
				1160	Monitorización nutricional	<ul style="list-style-type: none"> – Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean modificar
		16012	Control del peso	1260	Manejo del peso	<ul style="list-style-type: none"> – Tratar con el paciente la relación entre ingesta/ejercicio/ganancia de peso/pérdida de peso
00011	Estreñimiento	0501	Eliminación intestinal	0430	Manejo intestinal	<ul style="list-style-type: none"> Tomar nota de problemas intestinales, rutina y uso de laxantes Instruir al paciente sobre alimentos de alto contenido en fibra
00095	Insomnio	0003	Descanso	1850	Mejorar el sueño	<ul style="list-style-type: none"> – Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas o psicológicas que interrumpen el sueño.
		0004	Sueño			<ul style="list-style-type: none"> – Facilitar el mantenimiento de rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama
00168	Estilo de vida sedentario	0005	Tolerancia a la actividad	0200	Fomento del ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> – Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal. – Reforzar el programa para potenciar la motivación del paciente. – Proporcionar una respuesta positiva a sus esfuerzos.
				5612	Enseñanza actividad: ejercicio prescrito	<ul style="list-style-type: none"> – Evaluar el nivel actual de ejercicio del paciente – Informar del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio.
00108	Déficit de autocuidado en el baño	0300	Cuidados personales: AVD	1801	Ayuda parcial en autocuidados: Baño e higiene	<ul style="list-style-type: none"> – El paciente se aseará solo o con ayuda en la realización del aseo.
		0305	Higiene			<ul style="list-style-type: none"> – Establecer regularidad de días y horarios.
00109	Déficit de autocuidado en el vestido	0300	Cuidados personales: AVD	1802	Ayuda autocuidado/ vestirse/arreglo personal.	<ul style="list-style-type: none"> – Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar.
0302		Vestirse	<ul style="list-style-type: none"> – Estar disponible para ayudar a vestir al paciente si es preciso. – Mantener la intimidad mientras que el paciente se viste. 			

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA/TRASTORNO DELIRANTE

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00121	Trastorno de la identidad personal	1403	Autocontrol del pensamiento distorsionado.	6510	Manejo de alucinaciones.	<ul style="list-style-type: none"> – Vigilar y regular el nivel de actividad y estimulación en el ambiente. – Mantener un ambiente de seguridad
				6450	Manejo de las ideas delirantes.	<ul style="list-style-type: none"> – Ayudar al paciente a identificar las situaciones en las que es socialmente inaceptable discutir las ilusiones. – Proteger al paciente y a los demás de las conductas basadas en la ilusión que puedan resultar dañinas
				4820	Orientación a la realidad.	<ul style="list-style-type: none"> – Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempo. – Permitir el acceso a sucesos de noticias actuales (televisión, periódico radio e informativos)
00055	Desempeño ineficaz del Rol	1501	Ejecución del Rol	5250	Apoyo a la autoestima.	<ul style="list-style-type: none"> – Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y soluciones.
		1302	Afrontamiento de problemas	5230	Aumentar el afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> – Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa. – Facilitar la toma de decisiones en colaboración. – Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel. – Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación.
00146	Ansiedad	1402	Autocontrol de la ansiedad	5820	Disminución de la ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> – Mantener la calma de forma deliberada. – Reducir o eliminar estímulos que crean miedo o ansiedad – Comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
				5880	Técnicas de relajación	<ul style="list-style-type: none"> – Facilitar la respiración lenta, profunda e intencionadamente. – Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede.
00138	Riesgo de violencia dirigida a otros.	1401	Control de agresiones.	6487	Manejo ambiental/prevencción de la violencia.	<ul style="list-style-type: none"> – Determinar las expectativas de comportamiento adecuadas para la expresión del enfado, dado el nivel de funcionamiento cognitivo y físico del paciente. Limitar el acceso a situaciones estresantes hasta que el paciente sea capaz de expresar el enfado de una manera adaptada a las circunstancias.
				4640	Ayuda para el control del enfado.	<ul style="list-style-type: none"> – Evitar daños físicos si el enfado se dirige a uno mismo o a otros (limitar y retirar potencialmente peligrosos).
				6580	Sujeción física.	<ul style="list-style-type: none"> – Identificar con el paciente los beneficios de la manifestación de enfado de una forma no violenta, que se adapte a las circunstancias.
				6654	Vigilancia/seguridad	<ul style="list-style-type: none"> – Proporcionar el nivel adecuado de supervisión/vigilancia para vigilar al paciente y permitir las acciones terapéuticas, si es necesario.
00140	Riesgo de violencia auto-dirigida	1408	Autocontrol del impulso suicida	4354	Manejo de la conducta: Autolesión	<ul style="list-style-type: none"> – Retirar los objetos peligrosos del ambiente del paciente. – Disponer de vigilancia continua del paciente y ambiente.
				6340	Prevención del suicidio.	<ul style="list-style-type: none"> – Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio. – Ayudar al paciente a identificar a las personas y los recursos de apoyo.
				6654	Vigilancia: Seguridad	<ul style="list-style-type: none"> – Proporcionar el nivel adecuado de supervisión/vigilancia para vigilar al paciente y permitir las acciones terapéuticas.

D.ª Mónica Morán Rodrigo

Definición de episodio maniaco
Población a la que va dirigido.
Tipos de trastornos bipolares.
Signos y Síntomas más frecuentes
Complicaciones más frecuentes
Comorbilidad
Tratamiento
Abordaje enfermero
Patrones funcionales alterados.
Desarrollo del plan de cuidados

DEFINICIÓN

EPISODIO MANIACO

Son periodos caracterizados por un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos una semana o incluso menos si necesita hospitalización o presenta síntomas psicóticos.

Los síntomas psicóticos más frecuentes son las alucinaciones, que se caracterizan por que la persona oye voces o ve cosas o personas que no son reales, y los delirios, en los que la persona tiene ideas, creencias o siente amenazas o persecuciones que tampoco se corresponden con la realidad.

Por tanto, los episodios maníacos se caracterizan por que en ellos se presentan más de tres de los siguientes síntomas:

- Más hablador de lo habitual o verborreico (por ejemplo, habla de manera muy rápida y muy difícil de interrumpir).
- Fuga de ideas (sucesión rápida de fragmentos del pensamiento en la que se dan variaciones rápidas y bruscas del tema, asociaciones de ideas disparatadas y hay una gran dificultad para alcanzar una conclusión pudiendo llegar a ser un discurso desordenado, incoherente e inteligible) o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
- Distraibilidad, que es la dificultad para mantenerla atención o la fácil y excesiva distracción ante mínimos estímulos externos poco importantes o relevantes.
- Aumento de la actividad social, laboral o sexual o agitación psicomotora (actividad del pensamiento motora excesiva asociada a una sensación de tensión interna que se manifiesta, por ejemplo, caminando velozmente, moviéndose nerviosamente, dificultad para permanecer sentado...).
- Implicación excesiva en actividades placenteras con altas probabilidades de producir consecuencias graves (por ejemplo, realizar compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas excesivas e inadecuadas).

EPISODIO HIPOMANIACO

Es un periodo diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual presentando al menos tres síntomas de los mencionados en el episodio maniaco. La diferencia con el anterior es que el episodio no es tan grave como para provocar un deterioro laboral o necesitar hospitalización, en un principio no aparecen síntomas psicóticos.

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDO

A todos los pacientes diagnosticados de cualquier tipo de fase maniaca o hipomaniaca que en el momento de la valoración presentan una fase maniaca principalmente dentro de un trastorno bipolar o simplemente cuadro maniaco producido por sustancias tóxicas.

TIPOS DE TRASTORNO BIPOLAR

Hay varios tipos de trastorno bipolar.

1. En el **Tipo I** se presentan al menos un episodio depresivo grave y al menos un episodio maniaco.
2. En el **Tipo II** los episodios depresivos se alternan con otros de hipomanía.
3. En el **tipo III** se encontraría la ciclotimia, el extremo más leve del trastorno bipolar, en el que la persona alterna durante toda la vida ciclos de buen y mal humor sin llegar a las características de depresión mayor ni de manía (sería el equivalente de la distimia en los trastornos depresivos).

El resto de los tipos son más raros. Cuando una persona sufre cuatro o más ciclos al año de depresión y/o hipomanía o manía, se considera que es un ciclador rápido. Diversos antidepresivos pueden hacer que un paciente deprimido entre en fase maníaca, o que un paciente con trastorno bipolar pase a ser un *ciclador rápido*.

SINTOMAS MÁS FRECUENTES

- Sensaciones de grandeza.
- Disminución de la necesidad de dormir.
- Verborrea, logorrea.
- Aceleración del pensamiento.
- Aumento de la actividad (en el trabajo, en los estudios, en la sexualidad, etc.).
- Conductas imprudentes, implicándose la persona en actividades más o menos placenteras, pero que suponen alto riesgo (compras excesivas, indiscreciones sexuales, inversiones económicas, etc.).
- Euforia anormal o excesiva.
- Irritabilidad inusual.
- Ideas de grandeza y promiscuidad sexual.
- Energía excesivamente incrementada.
- Falta de juicio.

- Comportarse en forma inapropiada en situaciones sociales. o La persona puede estar hostil y/o amenazar a los demás.
- Un episodio maníaco causa una gran incapacidad en las actividades habituales de la persona que lo padece. Normalmente la persona está exaltada y “fuera de razón”, y no sigue las normas adecuadas en sus conductas laborales, sociales o de estudios.

Puede tener consecuencias no deseadas como:

- Empobrecimiento del juicio.
- Hiperactividad improductiva.
- Problemas legales y/o económicos.
- Conductas antiéticas (por ejemplo: disponer de dinero no propio, o apropiarse de hallazgos de otras personas).
- Cambios inadecuados en cuanto a apariencia (indumentaria llamativa, maquillajes extraños, intentos de aumentar un aspecto más sugerente en lo sexual, etc.)
- Actividades que demuestran actitudes desorganizadas o raras (repartir dinero, dar consejos a desconocidos con quienes se cruzan, etc.)

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES

En el transcurso de una manía, o un delirio de grandeza, el enfermo puede involucrarse en asuntos que pueden tener consecuencias muy graves para las personas concernidas, sus familiares o él mismo.

El paciente en fase maníaca se siente capaz de cualquier cosa, lleva a cabo gran cantidad de actividades y se embarca excesivamente en numerosos y nuevos proyectos por los que previamente no prestaba ninguna atención, muchos de ellos irreales e inalcanzables. Puede por ejemplo endeudarse con grandes créditos, que luego no podrá devolver, lesiones o muerte derivadas de actividades de riesgo, adquirir ETS...

Pueden llegar a tener alucinaciones auditivas y visuales o delirios que les hacen sentir que tienen talentos excepcionales. Suele generar rechazo en los otros por mostrarse muy invasivo e irrespetuoso, tiene dificultades para escuchar propuestas o sugerencias de los otros y, en general, tiene dificultades para adecuarse y adaptarse a contextos sociales.

Otro de los problemas que se producen, que tiene gran importancia, es que debido a la impulsividad presentan una dificultad para valorar consecuencias y anticipar riesgos por lo que toman decisiones y resuelven problemas de manera poco adecuada llegando a ponerse en situaciones de riesgo a ellos mismos o a otras personas.

La imagen completa de una manía en el paciente puede ser muy variable según la persona y a cada episodio. El enfermo toma conciencia de las consecuencias sociales así como del sufrimiento de sus familiares y amigos cuando la manía empieza a disminuir. Es muy probable también que sentimientos de vergüenza y culpabilidad sigan estos episodios. Mientras trascurren los familiares no pueden impedir la acción del enfermo, ya que éste no se deja frenar ni aleccionar.

Es importante comentar que la mayoría de los comportamientos observables durante la manía no provienen del carácter o de la personalidad del enfermo, que durante un episodio maníaco no se da cuenta de que está enfermo puesto que se siente «perfectamente bien», lo cual conlleva a un tratamiento aún más difícil.

COMORBILIDAD

Otro aspecto que es importante tener en cuenta en este trastorno es la comorbilidad con otras enfermedades, lo cual puede entorpecer su evolución y pronóstico.

Diversos estudios han puesto de manifiesto que, entre todos los pacientes con trastornos psiquiátricos mayores, aquellos con trastorno bipolar son los que tienen mayor frecuencia de consumo de alcohol o dependencia a otras sustancias. A menudo, el trastorno bipolar coexiste con el alcoholismo. Las fases de manía se asocian con el consumo de alcohol en el 40% de los casos, y es más frecuente que se asocie con la fase maniaca que con la depresiva. Esta asociación es mayor en hombres que en mujeres, y dicho consumo es el factor que con más fuerza influye en la hospitalización. El riesgo de que un individuo con un trastorno bipolar consuma alcohol o abuse de sustancias psicoactivas, es seis veces mayor que en la población general, esta probabilidad es mayor en los bipolares I, alcanzando ocho veces más. Los adolescentes bipolares tienen un riesgo claramente aumentado de abuso de alcohol o sustancias tóxicas.

La comorbilidad del TB con trastorno de personalidad como puede ser el trastorno límite se asocia con un mayor riesgo de TUS.

También existe una alta comorbilidad ente el TB y los trastornos de la conducta alimentaria, sobre todo la bulimia nerviosa y el trastorno por atracón.

Con respecto a otras enfermedades médicas, independientemente de la edad existe comorbilidad con hipotiroidismo, úlcera péptica, enfermedades asociadas a riesgo cardiovascular, hipertirodismo y tumores/carcinomas.

TRATAMIENTO

Probablemente, el trastorno bipolar sea la enfermedad psiquiátrica que cuenta con mayores recursos para su tratamiento.

1. El tratamiento farmacológico es imprescindible para lograr un adecuado control de la enfermedad. En la actualidad existen medicamentos eficaces para revertir cualquier tipo de episodio y para disminuir la frecuencia y/o intensidad de los nuevos episodios

El tratamiento del trastorno bipolar puede dividirse según la fase de la enfermedad:

- Fase aguda: tiene por objetivo revertir el episodio.
- Fase de mantenimiento se realiza luego que ha remitido el episodio, y su objetivo es disminuir la frecuencia y/o intensidad de las recaídas.

Los medicamentos más utilizados para el tratamiento del trastorno bipolar pertenecen al grupo de los denominados estabilizadores del ánimo, dentro de los que se encuentran el carbonato de litio, el ácido valproico y la carbamazepina.

2. Se puede usar la terapia electroconvulsiva (TEC) para tratar la fase depresiva o maníaca del trastorno bipolar si no responde a los medicamentos.

Los pacientes que están en la mitad de episodios maníacos o depresivos posiblemente necesiten permanecer en un hospital hasta que su estado anímico se estabilice y su comportamiento esté bajo control.

3. Los tratamientos familiares que combinan apoyo y educación acerca del trastorno bipolar (psicoeducación) pueden ayudar a las familias a hacerle frente y reducir las probabilidades de retorno de los síntomas. Los programas que ofrecen servicios de integración y apoyo de la comunidad pueden ayudar a las personas que carecen de apoyo social y familiar.

ABORDAJE ENFERMERO

Más de la mitad de los pacientes con TB presentan problemas de adherencia y un alto porcentaje de abandonos del tratamiento farmacológico.

Se hace patente que, tanto en la evolución de la enfermedad como en las recaídas, disminución de la calidad de vida de los pacientes, aparición de los síntomas e intentos y actos autolíticos, es de gran importancia no sólo la toma del tratamiento sino los cuidados para hacer frente a las conductas y actitudes ante el trastorno, las expectativas ante la enfermedad y favorecer la inclusión en el abordaje terapéutico de los familiares en su entorno social.

Peplau (1989) define enfermería como aquella profesión basada en la relación entre profesional y el paciente (persona individual). Una de las características de la enfermería es el concepto del cuidado a través del cual damos significado a la profesión. Entre las necesidades de los cuidados encontramos la más importante de ellas que es la necesidad de establecer una correcta relación terapéutica.

Una buena alianza terapéutica nos ayudará a conseguir en estos pacientes la conciencia de enfermedad, favoreciendo la consecución de objetivos y la adherencia al tratamiento, para evolucionar hacia una maduración emocional del individuo a través de una escucha empática donde el paciente pueda expresar sus emociones.

- Los cuidados en enfermería en un episodio maniaco van a ir orientados a:
- Crear un espacio de confianza y una relación terapéutica.
- Trabajar conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento.
- Psicoeducación en su enfermedad y detección de pródromos.
- Control analítico de estabilizadores del ánimo.
- Control efectos secundarios de la medicación.
- Seguimiento de hábitos saludables: alimentación, sueño, ejercicio físico...
- Control de síndrome metabólico.
- Coordinación y seguimiento de los dispositivos de rehabilitación.
- Manejo de conflictos.
- Contención en épocas de crisis.
- Apoyo emocional a lo largo de su proceso.
- Ayuda a evitar o reducir al máximo las fuentes de tensión o de estrés, para lo que es necesario dosificar las tareas y ocupaciones y relativizar los problemas.
- Enseñar a adquirir la habilidad necesaria para evitar los enfados y eludir conflictos, discusiones y polémicas, tratando de enfocar con calma y sin dramatismo las situaciones difíciles.
- Escuchar a personas de confianza que puedan actuar como punto de referencia.
- Prevenir consumo de tóxicos, puesto que tales sustancias tienen capacidad para desencadenar una descompensación.

Éstos son cuidados fundamentales de enfermería dentro de un planteamiento terapéutico integral del individuo en las múltiples esferas de actuación comunitarias u hospitalarias (interpersonales, laborales, familiares y sociales).

Todo proceso de atención de enfermería comienza por una valoración del paciente, existen muchos modelos de enfermería aplicables, pero recomendamos la valoración por Patrones Funcionales de Gordon que nos permiten identificar los diagnósticos de enfermería a través de los patrones alterados. Los diagnósticos de enfermería más utilizados y aceptados internacionalmente son la clasificación NANDA.

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS

PATRON 1. PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

- Escasa conciencia de enfermedad.
- Rechazan cualquier intento de ayuda.
- Alta distraibilidad (incumplimiento terapéutico).
- Uso de sustancias tóxicas (drogas, alcohol).

Diagnósticos Patrón 1

00292 Conductas ineficaces de mantenimiento de la salud.

00300 Conductas ineficaces de mantenimiento del hogar

PATRON 2. NUTRICIONAL-METABÓLICO

- Hiperactividad, malnutrición por incapacidad para centrarse en alimentación.
- Pérdida de peso y desarreglos nutricionales.
- Cualquier cosa y a deshoras.

Diagnósticos Patrón 2

0002 Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales

PATRON 3. ELIMINACIÓN

- Alteración tanto vesical como intestinal.
- Estreñimiento: mala alimentación.
- Diarrea, altos niveles de litio.

Diagnósticos Patrón 3

00011 Estreñimiento

00013 Diarrea

PATRON 4. ACTIVIDAD-EJERCICIO

- Hiperactividad, infatigables. proyectos delirantes.
- Inquietud Psicomotriz y en casos graves agitación.

Diagnósticos Patrón 4

00093 Fatiga

PATRON 5. SUEÑO-REPOSO

- No duermen, no necesidad de dormir.
- Pérdida del ritmo del sueño-vigilia.
- Duermen fuera de hora (exhaustos).

Diagnósticos Patrón 5
00095 Insomnio

PATRON 6. COGNITIVO-PERCEPTIVO

- Alteraciones psicomotoras.
- Verborrea.
- Lengua inconexa y a veces incoherente.
- Taquipsiquia, fuga de ideas.
- Dificultades concentración y memoria.
- Alteraciones sensorceptivas.

Diagnósticos Patrón 6
00251 Control emocional inestable
00128 Confusión aguda

PATRON 7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

- Percepción hipertrofiada.
- Sentimientos de grandeza, ideación Paranoide.
- Sentimientos de plenitud, actitud hedonista y narcisista.
- Posibilidad de hacerse daño o dañar a los demás.
- Impulsividad.
- Síntomas psicóticos.
- Agitación.

Diagnósticos Patrón 7
00121 Trastorno de la identidad personal
00146 Ansiedad
00140 Riesgo de violencia autodirigida
00193 Descuido personal

PATRON 8. ROL Y RELACIONES

- Actividad social intensa.
- Abandono responsabilidades familiares.
- Conductas extravagantes y osadas.
- Falta de límites, indiscreción e intromisión.

Diagnósticos Patrón 8
00055 Desempeño ineficaz del rol
00052 Deterioro de la interacción social
00063 Procesos familiares disfuncionales.
00138 Riesgo de violencia dirigida a otros

PATRON 9. SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

- Hiperactividad sexual.
- Promiscuidad.
- Conductas de acoso.

Diagnósticos Patrón 9
00059 Disfunción sexual

PATRON 10. AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Alta reactividad emocional.
- No conciencia de enfermedad, lo que se traduce en falta de colaboración.
- Las actitudes de afrontamiento son inadecuadas e improductivas.
- Raramente admiten la crítica, y puede llevar a conductas agresivas.

Diagnósticos Patrón 10
00069 Afrontamiento ineficaz
00188 Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud.

PATRON 11. VALORES Y CREENCIAS

- En principio no se altera el contenido de las creencias de tipo religioso, pero si se puede exacerbar su expresión.
- Existe una expresión verbal exacerbada de ciertos valores universales: amistad, compromiso, lealtad, por ejemplo, pero la práctica suele estar llena de contradicciones.

Diagnósticos. Patrón 11
00066 Sufrimiento espiritual.

DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS

Se recogen los Patrones de Cuidados Enfermeros según la Taxonomía NANDA/NIC/NOC aplicados al paciente con TB, fase maniaca o episodio maniaco.

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS BIPOLAR, FASE MANIACA

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00276	Autogestión ineficaz de la salud.	1601	Conducta de cumplimiento	4420	Acuerdo con el paciente	Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados. Facilitar la implicación de los allegados en el proceso del acuerdo, si así lo desea el paciente
		1813	Conocimiento del régimen terapéutico	5618	Enseñanza procedimiento tratamiento	Explicar el procedimiento/tratamiento. Comentar la necesidad de medidas especiales durante el procedimiento/tratamiento, según corresponda. <ul style="list-style-type: none"> • Observar la presencia de diarrea, temblor, náuseas, vómitos • Ingesta líquidos menos a 2l. No retirar sal de la dieta • Analíticas periódicas
		1702	Creencias sobre la salud. Percepción del control	5240	Asesoramiento	Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. Disponer la intimidad y asegurar la confidencialidad. Pedir al paciente/allegado que identifique lo que puede o no puede hacer sobre lo que le sucede. Verbalizar la discrepancia entre los sentimientos y conducta del paciente.
0002	Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales	1803	Conocimiento: proceso de enfermedad	5602	Enseñanza proceso de enfermedad	Evaluar nivel conocimientos del paciente Instruir sobre su enfermedad, síntomas...
		1004	Estado nutricional	1100	Manejo de la nutrición	Instruir sobre necesidades energéticas para realizar actividades. Instruir sobre elaboración de dietas.
				1160	Monitorización nutricional	Identificar los cambios recientes del peso corporal. Identificar los cambios recientes de apetito y actividad. Favorecer la realización de las comidas en entornos con bajo nivel de estímulos. Evitar consumo de estimulantes, café, bebidas energéticas, etc.

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS BIPOLAR, FASE MANIACA						
COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00011	Estreñimiento	1212	Nivel de estrés	5230	Mejorar el afrontamiento	Enseñar nuevas técnicas de afrontamiento y de resolución de problemas.
		2010	Estado de comodidad física	5330	Control del estado de ánimo	Instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento
00013	Diarrea	1608	Control de síntomas	2380	Manejo de la medicación	Vigilar los niveles séricos (electrolitos, protrombina, medicamentos), si procede. Observar si se producen interacciones farmacológicas no terapéuticas. Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación.
00300	Conductas ineficaces de mantenimiento del hogar	1911	Conductas de seguridad personal	6486	Manejo ambiental seguridad	Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del ambiente. Ayudar al paciente a construir un ambiente más seguro (remitirse a asistencia para el hogar). Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.
00095	Insomnio	0004	Sueño	1880	Mejorar el sueño	Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente. Ajustar el ambiente Ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfieran el sueño a la hora de irse a la cama Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño. Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.
						2380

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS BIPOLAR, FASE MANIACA						
COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00251	Control emocional inestable	1405	Autocontrol de los impulsos	5330	Control del estado de ánimo	Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás. Controlar y tratar las alucinaciones y/o ideas delirantes que pueden acompañar al trastorno del estado de ánimo. Tomar muestras y controlar los niveles séricos de los medicamentos (antidepresivos tricíclicos, litio, anticomociales), según corresponda. Vigilar y fomentar el cumplimiento de la medicación por parte del paciente. Ayudar al paciente a identificar los factores desencadenantes del estado de ánimo disfuncional (desequilibrios químicos, estresantes circunstanciales, duelo/pérdida y problemas físicos). Ayudar al paciente a identificar estrategias de afrontamiento más apropiadas y sus consecuencias.
		1608	Control de síntomas	5602	Enseñanza: Proceso de enfermedad.	Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, según corresponda. -Proporcionar información a la familia/allegados acerca de los progresos del paciente, según proceda.
00128	Confusión aguda			4920	Escucha activa	Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, sesgos, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones. -Estar atento a las palabras que se evitan, así como a los mensajes no verbales que acompañan a las palabras expresadas
				5330	Control del estado de ánimo	<i>Actividades descritas en diagnóstico anterior</i>
		0900	Cognición	5820	Disminución de la ansiedad	Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. Controlar los estímulos de las necesidades del paciente, según corresponda. Administrar medicamentos pautados que reduzcan la ansiedad, según corresponda
				4820	Orientación de la realidad	Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción. Realizar un acercamiento calmado y sin prisas al interactuar con el paciente. Evitar frustrar al paciente con demandas que superen su capacidad Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempo, si es necesario

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS BIPOLAR, FASE MANIACA

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00128	Confusión aguda	1214	Nivel de agitación	4350	Manejo de la conducta	Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción. Realizar un acercamiento calmado y sin prisas al interactuar con el paciente. Evitar frustrar al paciente con demandas que superen su capacidad Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempo, si es necesario
				6486	Manejo ambiental: seguridad	Hablar en voz baja y con un tono suave. Redirigir la atención, alejándola de las fuentes de agitación Medicar, si es necesario. Modificar el ambiente para minimizar los para minimizar los peligros y riesgos
00121	Trastorno de la identidad personal	1403	Autocontrol del pensamiento distorsionado	6510	Manejo de las alucinaciones	Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente. Proporcionar al paciente la oportunidad de comentar las alucinaciones e ideas delirantes. Animar al paciente a que exprese los sentimientos de una forma adecuada. Prestar atención a las alucinaciones y contenidos delirantes para ver si su contenido es violento o dañino para el paciente. Administrar medicamentos antipsicóticos y ansiolíticos de forma pautada y a demanda.
				6450	Manejo de las ideas delirantes	Ayudar al paciente a evitar o eliminar los factores estresantes que precipiten las ideas delirantes.
		1302	Afrontamiento de problemas	6160	Intervención en caso de crisis	Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente. Proporcionar al paciente la oportunidad de comentar las alucinaciones e ideas delirantes. Animar al paciente a que exprese los sentimientos de una forma adecuada. Prestar atención a las alucinaciones y contenidos delirantes para ver si su contenido es violento o dañino para el paciente. Administrar medicamentos antipsicóticos y ansiolíticos de forma pautada y a demanda.
				4700	Reestructuración cognitiva	Ayudar al paciente a evitar o eliminar los factores estresantes que precipiten las ideas delirantes. Determinar si el paciente presenta riesgo de seguridad para sí mismo o para otros. Instaurar las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente u otras personas del riesgo de lesiones físicas. Ayudar en la identificación de sistemas de apoyo disponibles. Ayudar al paciente a comprender que la imposibilidad de conseguir conductas deseables con frecuencia es el resultado de afirmaciones personales irracionales. Señalar los estilos de pensamiento disfuncional (pensamiento polarizado, generalización exagerada, magnificación y personalización).

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS BIPOLAR, FASE MANIACA

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00146	Ansiedad	1402	Control de la ansiedad	5820	Disminución de la ansiedad	Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones. Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles.
				5230	Mejorar el afrontamiento	
00140	Riesgo de violencia autodirigida	1408	Autocontrol del impulso suicida	6340	Prevención del suicidio	Implantar las acciones necesarias para reducir la angustia inmediata del individuo al negociar un contrato de no autolesión o de seguridad
		1902	Control del riesgo	6610	Identificación de riesgos	Realizar acciones para prevenir que el individuo se lesione o se suicide, cuando el contrato es de no autolesión o de seguridad (p. ej., aumentar la observación, retirar objetos que puedan utilizarse para autolesionarse). Utilizar una forma de hablar directa y sin prejuicios para hablar sobre el suicidio Identificar las estrategias de afrontamiento típicas. Determinar el nivel de funcionamiento pasado y actual. Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.
				5440	Aumentar los sistemas de apoyo	Implicar a la familia/allegados/amigos en los cuidados y la planificación
00052	Deterioro de la interacción social	1405	Autocontrol de los impulsos	4370	Entrenamiento para controlar los impulsos	Enseñar al paciente a «detenerse y pensar» antes de comportarse impulsivamente. Ayudar al paciente a elegir el curso de acción más beneficioso. Animar al paciente a practicar estrategias de control de los impulsos en situaciones sociales e interpersonales fuera del ambiente terapéutico, seguido por la evaluación del resultado
		1502	Habilidades de interacción social	4362	Modificación de la conducta: habilidades sociales	Ayudar al paciente a identificar los problemas interpersonales derivados de déficit de habilidad social. Ayudar al paciente a identificar pautas posibles de acción y sus consecuencias sociales e interpersonales.
00063	Procesos familiares disfuncionales	2602	Funcionamiento de la familia	7140	Apoyo a la familia	Crear un ambiente terapéutico de apoyo para la familia. Facilitar la expresión de preocupaciones y sentimientos entre el paciente y su familia o entre los miembros de la familia.

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS BIPOLAR, FASE MANIACA						
COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00193		1702	Creencias sobre la salud: percepción del control	5270	Apoyo emocional	Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones
		0300	Autocuidados: actividades de la vida diaria	0180	Manejo de la energía	Establecer límites a la hiperactividad cuando interfiera con otras personas o con el paciente. Ayudar al paciente a comprender los principios de conservación de energía (p. ej., requisitos para la restricción de actividad o reposo en cama). Ayudar al paciente a identificar estrategias sustitutorias para reducir tensiones
		1407	Consecuencias de la adicción a sustancias psicoactivas	4500	Prevención del consumo de sustancias nocivas	Fomentar la toma de decisiones responsables acerca de la elección del estilo de vida
00055	Desempeño ineficaz del rol			5270	Apoyo emocional	Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza y culpa
		1300	Aceptación del estado de salud	5330	Control del estado de ánimo	Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento. Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás. Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que les rodean del riesgo de daños físicos (suicidio, autolesiones, fugas, violencia). Ayudar al paciente a identificar los aspectos de los factores precipitantes que se pueden o no cambiar.
		1214	Nivel de agitación	6486	Manejo ambiental: seguridad	Poner en práctica las precauciones necesarias para salvaguardar al paciente y a los que les rodean del riesgo de daños físicos (suicidio, autolesiones, fugas, violencia). Ayudar al paciente a identificar los aspectos de los factores precipitantes que se pueden o no cambiar. Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos. Utilizar dispositivos de protección (restricción física, barandillas, puertas cerradas, vallas y portones) para limitar físicamente la movilidad o el acceso a situaciones peligrosas.
				4350	Manejo de la conducta	Establecer límites con el paciente y evitar discusiones Hablar en voz baja y con un tono suave.

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS BIPOLAR, FASE MANIACA						
COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00138	Riesgo de violencia dirigida a otros	1401	Autocontrol de la agresión	6487	Manejo ambiental: prevención de la violencia	<p>Controlar de forma sistemática el ambiente para mantenerlo libre de peligros.</p> <p>Instalar vigilancia continuada de todas las zonas de acceso del paciente para mantener su seguridad e intervenir terapéuticamente, si es necesario.</p> <p>Retirar a las demás personas próximas al paciente violento o potencialmente violento.</p>
		1405	Autocontrol de los impulsos			
00138	Riesgo de violencia dirigida a otros	1403	Autocontrol del pensamiento distorsionado	6510	Manejo de las alucinaciones	<p>Proporcionar al paciente la oportunidad de comentar las alucinaciones.</p> <p>Animar al paciente a que compruebe las alucinaciones con otras personas de confianza (prueba de realidad).</p> <p>Administrar medicamentos antipsicóticos y ansiolíticos de forma pautada</p>
				6450	Manejo de las ideas delirantes	<p>Evitar discutir sobre las creencias falsas.</p> <p>Evitar reforzar las ideas delirantes.</p>
				6480	Manejo ambiental	Mantener un ambiente seguro.
00059	Disfunción sexual	1815	Conocimiento funcionamiento sexual	4356	Manejo de la conducta sexual	<p>Identificar las conductas sexuales inaceptables, en función del contexto concreto y la población de los pacientes.</p> <p>Explicar el impacto negativo que puede tener sobre los demás la conducta sexual socialmente inaceptable.</p>
				5248	Asesoramiento sexual	<p>Explicar al paciente al principio de la relación que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades, los medicamentos y el estrés (u otros problemas o sucesos que experimenta el paciente) a menudo alteran el funcionamiento sexual.</p> <p>Proporcionar información sobre el funcionamiento sexual, según corresponda a su desarrollo.</p>
				5622	Enseñanza relaciones sexuales seguras	<p>Proporcionar información precisa sobre las implicaciones de tener múltiples parejas sexuales.</p> <p>Instruir al paciente sobre las ETS y la concepción, cuando sea necesario.</p> <p>Instruir a los pacientes sobre los factores que aumentan el riesgo de ETS</p>

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS BIPOLAR, FASE MANIACA						
COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00069	Afrontamiento ineficaz	1401	Autocontrol de la agresión	6487	Manejo ambiental: prevención de la violencia	Controlar de forma sistemática el ambiente para mantenerlo libre de peligros Instalar vigilancia continuada de todas las zonas de acceso del paciente para mantener su seguridad e intervenir terapéuticamente, si es necesario. Retirar a las demás personas próximas al paciente violento o potencialmente violento.
		1405	Autocontrol de los impulsos	4380	Establecer límites	Comunicar el límite en términos positivos (p. ej., «no se quite la ropa», en vez de «la conducta es inadecuada»). Ayudar al paciente a mostrar conductas deseadas, cuando sea necesario y adecuado. Disminuir el establecimiento de límites, a medida que el paciente se aproxima a las conductas deseadas
		1408	Autocontrol del impulso suicida	6340	Prevención del suicidio	Implantar las acciones necesarias para reducir la angustia inmediata del individuo al negociar un contrato de no autolesión o de seguridad. Realizar acciones para prevenir que el individuo se lesione o se suicide, cuando el contrato es de no autolesión o de seguridad (p. ej., aumentar la observación, retirar objetos que puedan utilizarse para autolesionarse). Utilizar una forma de hablar directa y sin prejuicios para hablar sobre el suicidio
		1903	Control del riesgo: consumo de alcohol	4500	Prevención del consumo de sustancias nocivas	Fomentar la toma de decisiones responsables acerca de la elección del estilo de vida.
00188	Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud	1902	Control del riesgo	5510	Educación para la salud	Enseñar estrategias que puedan utilizarse para enfrentarse a conductas insalubres o que entrañen riesgos, en vez de dar consejos para evitar o cambiar la conducta
				6610	Identificación de riesgos	Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.
				5440	Aumentar los sistemas de apoyo	Implicar a la familia/allegados/amigos en los cuidados y la planificación.

D.ª Mercedes Peña Granger

Introducción.

Población a la que va dirigido.

Tipos y conceptos.

Abordaje enfermero.

Patrones disfuncionales.

Desarrollo del plan de cuidados. Ejemplos.

INTRODUCCIÓN

Todo el mundo se siente triste o decaído de vez en cuando, pero estos sentimientos suelen desaparecer en poco tiempo (INSM, 2016). La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada o grave y causar gran sufrimiento, así como alterar actividades laborales, escolares y familiares (OMS).

Los síntomas típicos del trastorno depresivo mayor son (Stern TA, Fava M, Wilens TE, Rosenbaum JF., 2017):

- el estado de ánimo deprimido,
- la falta de placer/interés/motivación,
- la astenia,
- los sentimientos de culpa/falta de valor,
- la ansiedad/nerviosismo,
- la irritabilidad/enfado,
- la dificultad para concentrarse,
- el insomnio/hipersomnia,
- la pérdida de la libido,
- el cambio en el apetito/peso y
- las ideas recurrentes de muerte/suicidio.

Para recibir un diagnóstico de depresión, los síntomas deben estar presentes la mayor parte del día, casi todos los días, durante por lo menos dos semanas (INSM, 1016).

Hasta un 10-15% de las depresiones mayores pueden llegar a la muerte por suicidio (González F, González V, Vázquez. 2018). Cada año se suicidan cerca de 800.000 personas y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. La depresión es la mayor causa de discapacidad en los países desarrollados, según la OMS, y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad.

La edad media de comienzo de la depresión en los diversos estudios es bastante uniforme y se sitúa próxima a los 30 años (González F, González V, Vázquez J.2018).).

Entre los factores sociodemográficos destaca el sexo, siendo la prevalencia para los trastornos depresivos el doble en la mujer que, en el hombre, al menos en las edades medias de la vida. El riesgo de cronicidad es mayor en la mujer.

Un importante factor protector de este trastorno es el poseer una amplia red de apoyo social (González F, González V, Vázquez J.2018). La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión (OMS).

Hay relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa.

La prevención de las enfermedades mentales como la depresión, no debe reducirse única y exclusivamente a la actividad clínico-asistencial. Estas actividades se deben desarrollar de manera conjunta junto con medidas educativas e informativas, asistenciales, tecnológicas, legislativas y jurídicas para promover la salud mental desde diferentes esferas (OMS, 2014).

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDO

A todos los pacientes diagnosticados de cualquier tipo de depresión o distimia y los pacientes con cuadros maniaco-depresivos que en la valoración han tenido una fase depresiva prioritariamente y que precisen atención especializada de enfermería.

TIPOS Y CONCEPTOS

Existen muchos tipos de clasificaciones para los trastornos depresivos, según sus características, duración o gravedad.

Según sus características, clásicamente se habla de dos tipos de depresiones:

- Depresión endógena/melancolía
- Depresión neurótica/distimia.

Además, habría un tercer grupo menos numeroso de depresiones causadas por una enfermedad física o un fármaco.

La depresión endógena o melancólica se caracteriza por la incapacidad de disfrutar y sentir placer, que es lo que llamamos anhedonia. Es una tristeza distinta al estado de ánimo habitual porque no varía con las circunstancias ambientales, pero cambia a lo largo del día siendo más intensa por la mañana. El tono vital en la depresión endógena es tan bajo que el paciente está muy inhibido, los pensamientos son muy negativos y tiene la sensación de no tener salida a su situación. La actividad mental y física es más lenta de lo normal y la persona presenta dificultades para concentrarse, moverse y tomar decisiones. Se muestra desinteresado por todo y su autoestima es muy baja. Además, no se tiene apetito, y se puede padecer dolores generalizados, molestias digestivas, o un cansancio muy invalidante. En los casos más graves el paciente puede manifestar ideas o pensamientos irrealistas, imposibles y falsos, que se denominan delirios.

El otro tipo de depresión más frecuente es la depresión neurótica o distimia o también llamada psicossocial por los condicionantes externos que en ella concurren. Estas depresiones a diferencia de las endógenas se caracterizan más por la autocompasión, la necesidad de atención, mayor emotividad, hipersensibilidad a la aceptación o rechazo de los demás y más quejas físicas o hipocondríacas.

Además, la tristeza tiene una explicación reactiva, es decir hay acontecimientos que explican que la persona reaccione con tristeza. En este tipo de depresiones al contrario que en las endógenas, no hay alteración de la memoria, ni tanta desesperanza, ni aparecen ideas delirantes y además es posible que el paciente se interese por determinadas actividades. En este tipo de depresiones, la respuesta al tratamiento farmacológico es más pobre y hay mayor tendencia a la cronificación a lo largo de la vida.

Según la duración, algunas personas tienen sólo un episodio depresivo en su vida. Casi la mitad de las personas que han tenido un episodio de depresión, tienen al menos otro más. La duración es variable, aunque la mayoría se siente mejor al transcurrir entre 4 y 6 meses. En algunos casos, los síntomas pueden persistir durante mucho más tiempo, cuando supera los dos años se denomina depresión crónica.

Según la gravedad, la depresión varía enormemente. Algunas personas tienen solamente unos pocos síntomas que afectan a su vida cotidiana de forma parcial o la limitan sólo en algún aspecto específico. Esta es la denominada depresión leve.

En otros casos pueden presentarse muchos síntomas que pueden llegar a causar un deterioro o incapacidad en diferentes aspectos de la vida cotidiana; en este caso, estamos ante una depresión grave. Entre leve y grave suele hablar de depresión moderada cuando los síntomas y las limitaciones son moderados: ni tan específicos como en la primera, ni tan generalizados como en la segunda (Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. Ministerio de Sanidad, 2014).

Algunas formas de depresión son ligeramente diferentes o pueden presentarse en circunstancias únicas, como las siguientes:

- Depresión perinatal: Las mujeres con depresión perinatal sufren de depresión mayor durante el embarazo o después del parto (depresión posparto).
- Trastorno afectivo estacional: Un tipo de depresión que va y viene con las estaciones y que, por lo general, comienza a finales del otoño o principios del invierno, y desaparece en la primavera y el verano.
- Depresión psicótica: Este tipo de depresión ocurre cuando una persona tiene depresión grave además de alguna forma de psicosis, como tener creencias falsas fijas y perturbadoras (delirios) o escuchar o ver cosas inquietantes que otros no pueden oír o ver (alucinaciones).

El DSM-5 clasifica los trastornos depresivos en trastorno depresivo mayor (comentado en el punto 1), trastorno depresivo persistente o distimia (estado de ánimo depresivo durante un periodo de 2 años sin desaparecer más de dos meses junto a dos o más síntomas relacionados con el apetito, el sueño, la energía, la autoestima, la concentración y capacidad para tomar decisiones y la desesperanza), y otros trastornos depresivos donde incluye el trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo (3 o más episodios de cólera desproporcionados semanales, se diagnostica en niños y adolescentes) y trastorno disfórico premenstrual (cinco síntomas de características depresivas una semana antes de iniciar la menstruación).

La depresión también puede ser una de las fases del trastorno bipolar (anteriormente llamado depresión maníaca). Sin embargo, las personas con trastorno bipolar también tienen estados de ánimo extremos (de gran euforia o de irritabilidad) llamados “manía” (Terroso R, Gea A, Martínez J, Pedreño J, Pujalte M; 2009) o una forma menos grave llamada “hipomanía” (INSM, 2016).

ABORDAJE ENFERMERO

La intervención activa consiste en (Terroso R, Gea A, Martínez J, Pedreño J, Pujalte M; 2009):

- Detección de la depresión en pacientes con enfermedades crónicas, inmovilizados y ancianos.
- Detección de la depresión posparto en la visita puerperal.
- Comprobar si el paciente está siguiendo las pautas adecuadas de tratamiento.
- Informarle sobre posibles efectos secundarios de la medicación. Su finalidad es lograr una mayor adherencia a los tratamientos farmacológicos y a los profesionales que lo tratan.

Dos sesiones breves de asesoramiento proporcionadas por un profesional de enfermería de atención primaria pueden reducir considerablemente las tasas de interrupción del tratamiento en doce semanas (Terroso R, Gea A, Martínez J, Pedreño J, Pujalte M; 2009).

Enfermería es el personal sanitario que se encuentra directamente relacionado con la atención de los pacientes. El proceso de atención de enfermería constituye una herramienta indispensable para el cuidado integral y continuo de los pacientes (Fernanda Ramírez-Hernández T, Caudillo-Ortega L. 2018).

La valoración y el diagnóstico de las personas, familias y comunidades permiten al profesional de enfermería desarrollar un razonamiento hipotético y un pensamiento crítico. Quienes acuden a las enfermeras en solicitud de cuidados, esperan alcanzar objetivos de mejora en la salud de los que las enfermeras son cada vez más responsables.

Tanto los resultados como la selección de intervenciones se apoyan en unos diagnósticos enfermeros exactos y válidos. Estos resultados guían la selección de intervenciones que buscan producir el efecto terapéutico deseado.

PATRONES DISFUNCIONALES

A continuación, se enuncian los patrones funcionales de Margory Gordon ¹² que se encuentran alterados, poniéndose en relación con los diagnósticos NANDA ¹³ que aparecen más frecuentemente en los trastornos depresivos.

PATRÓN 1. PERCEPCIÓN-CONTROL DE LA SALUD

- Actitud hipocondríaca.
- Uso y consumo de sustancias tóxicas.
- Demandas frecuentes a médicos.
- Abandono de la medicación.

Diagnósticos Patrón 1

00276 Autogestión ineficaz de la salud.

00037 Riesgo de intoxicación.

00292 Conductas ineficaces de mantenimiento de la salud.

PATRÓN 2. NUTRICIONAL-METABÓLICO

- Anorexia (pérdida de apetito), en algunos casos falta de apetito.
- Ausencia de hábitos alimentarios correctos.
- Pérdida ponderal de peso.
- Somatizaciones digestivas (náuseas, vómitos).

Diagnósticos Patrón 2

00002 Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.

00025 Riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos.

00134 Náuseas.

00247 Riesgo de deterioro de la integridad de la membrana mucosa oral.

00249 Riesgo de úlcera por presión

PATRÓN 3. ELIMINACIÓN

- Estreñimiento por deshidratación, sedentarismo y efecto 2º de medicación.
- Uso y abuso de laxantes.
- Somatizaciones digestivas (diarrea).

Diagnósticos Patrón 3

00011 Estreñimiento.

00013 Diarrea.

00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional.

PATRÓN 4. ACTIVIDAD-EJERCICIO

- Pasividad e inhibición psicomotriz.
- Inquietud improductiva.
- Falta de energía para actividades.
- No colabora en actividades de auto cuidado y domésticas.
- Ayuda para la ingesta, el aseo y el vestido en algunos casos.

Diagnósticos Patrón 4

00085 Deterioro de la movilidad física.

00093 Fatiga.

00299 Riesgo de disminución de tolerancia a la actividad.

00102 Déficit de autocuidado en la alimentación.

00108 Déficit de autocuidado en el baño.

00109 Déficit de autocuidado en el vestido.

00168 Estilo de vida sedentario.

00097 Disminución de la implicación en actividades recreativas.

PATRÓN 5. SUEÑO-DESCANSO

- Perdida del ritmo del sueño: hipersomnia o insomnio.
- Duermen fuera de horas.
- Percepción subjetiva de mala calidad del sueño.
- Obsesión sobre la falta de sueño.

Diagnósticos Patrón 5

00095 Insomnio.

PATRÓN 6. COGNITIVO-PERCEPTUAL

- Alteraciones psicomotoras.
- Dificultades del lenguaje.
- Lentitud del pensamiento.

- Percepción distorsionada del entorno.
- Dificultades para concentrarse y de memoria (reducción rendimiento intelectual).
- Dificultades para tomar decisiones.
- Anhedonia franca.

Diagnósticos Patrón 6

- 00126 Conocimientos deficientes.
 - 00131 Deterioro de la memoria.
 - 00137 Aflicción crónica.
 - 00214 Disconfort.
 - 00244 Riesgo de deterioro de la toma de decisiones independiente.
 - 00225 Riesgo de trastorno de la identidad personal.
 - 00251 Control emocional inestable.
-

PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

- Aspecto descuidado.
- Percepción pesimista y negativa de sí mismo.
- Sentimiento de minusvalía, culpabilidad y falta de utilidad.
- Ansiedad, temor y sensación de vacío vital.

Diagnósticos Patrón 7

- 00120 Baja autoestima situacional.
 - 00124 Desesperanza.
 - 00125 Impotencia.
 - 00140 Riesgo de violencia autodirigida.
 - 00146 Ansiedad.
 - 00193 Descuido personal.
 - 00224 Riesgo de baja autoestima crónica.
-

PATRÓN 8. ROL-RELACIONES

- Abandono de las responsabilidades.
- Aislamiento, abandono de las amistades.
- Dificultad para comunicarse.
- Indiferencia hacia todo lo que les rodea.

Diagnósticos Patrón 8

- 00051 Deterioro de la comunicación verbal.
 - 00052 Deterioro de la interacción social.
 - 00055 Desempeño ineficaz del rol.
 - 00060 Interrupción de los procesos familiares.
 - 00061 Cansancio del rol de cuidador(a).
 - 00223 Relación ineficaz.
 - 00265 Riesgo de lesión ocupacional.
-

PATRÓN 9. SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

- Perdida de interés.
- Anhedonia.
- Dificultades para experimentar relaciones sexuales completas (anorgasmia, impotencia, disfunción eréctil).

Diagnósticos Patrón 9

00059 Disfunción sexual.

00065 Patrón de sexualidad ineficaz.

00221 Proceso de maternidad ineficaz.

PATRÓN 10. ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Riesgo de suicidio.
- Dificultades de afrontamiento.

Diagnósticos Patrón 10

00069 Afrontamiento ineficaz.

00289 Riesgo de conducta suicida

00210 Deterioro de la resiliencia.

00241 Deterioro de la regulación del estado de ánimo.

00301 Duelo inadaptado

PATRÓN 11. VALORES Y CREENCIAS

- Inseguridad hacia los valores y creencias.
- Sensación de vacío vital.

Diagnósticos. Patrón 11

00066 Sufrimiento espiritual.

00169 Deterioro de la religiosidad.

DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS

Ejemplos. (NANDA, 2019; Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E., 2019: BulechekGM, ButcherH, McCloskeyJ.,2019)

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00276	Autogestión ineficaz de la salud.	1836	Conocimiento: manejo de la depresión.	5618	Enseñanza: Procedimientos/tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> – Explicar el procedimiento/tratamiento. – Enseñar al paciente a utilizar técnicas de afrontamiento dirigidas a controlar aspectos específicos de la experiencia (relajación e imágenes guiadas), según corresponda
				2380	Manejo de la medicación	<ul style="list-style-type: none"> – Observar si hay respuesta a los cambios en el régimen de medicación, según corresponda. – Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.
				5330	Control del estado de ánimo.	<ul style="list-style-type: none"> – Evaluar el estado de ánimo (signos, síntomas, antecedentes personales) inicialmente y con regularidad, a medida que progresa el tratamiento. – Determinar si el paciente supone un riesgo para la seguridad de sí mismo y de los demás.
00037	Riesgo de intoxicación	1908	Detección del riesgo	5430	Grupo de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> – Determinar el nivel y conveniencia del sistema actual de apoyo al paciente.
				4500	Prevención del consumo de sustancias nocivas	<ul style="list-style-type: none"> – Disminuir el aislamiento social, siempre que sea posible. – Ayudar al paciente a identificar estrategias sustitutorias para reducir tensiones.
00002	Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales	1008	Estado nutricional.	1100	Manejo de la nutrición	<ul style="list-style-type: none"> – Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales. – Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso.
				5230	Mejorar el afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> – Ayudar al paciente a descomponer los objetivos complejos en etapas pequeñas y manejables
00011	Estreñimiento	0501	Eliminación intestinal	0450	Manejo del estreñimiento/impactación	<ul style="list-style-type: none"> – Vigilar aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
				4120	Manejo de líquidos	<ul style="list-style-type: none"> – Fomentar el aumento de ingesta de líquidos. – Vigilar el estado de hidratación.
				2380	Manejo de la medicación.	<ul style="list-style-type: none"> – Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.
				0200	Fomento del ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> – Ayudar al individuo a desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO						
COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00097	Disminución de la implicación en actividades recreativas.	1604	Participación en actividades de ocio.	5100	Potenciación de la socialización	– Fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas.
		1209	Motivación	5395	Mejora de la autoconfianza	– Facilitar el entusiasmo y la planificación de actividades futuras por parte del paciente. – Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción.
00095	Insomnio	0004	Sueño.	1850	Mejorar el sueño.	– Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño. – Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama, indicios de inicio de sueño y objetos familiares. – Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.
00251	Control emocional inestable	1204	Equilibrio emocional.	5270	Apoyo emocional	– Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. – Proporcionar ayuda en la toma de decisiones
				4920	Escucha activa	– Determinar el significado de los mensajes reflexionando sobre las actitudes, experiencias pasadas y la situación actual. – Evitar barreras a la escucha activa (minimizar sentimientos, ofrecer soluciones sencillas, interrumpir, hablar de uno mismo, terminar de manera prematura).
00120	Baja autoestima situacional	1205	Autoestima	5400	Potenciación de la autoestima	– Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. – Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.
				5230	Mejorar el afrontamiento	– Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.
		1403	Autocontrol del pensamiento distorsionado.	4700	Reestructuración cognitiva.	– Ayudar al paciente a reemplazar las interpretaciones equivocadas de las situaciones, sucesos e interacciones estresantes por interpretaciones basadas más en la realidad

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
		1206	Deseo de vivir.	5310	Dar esperanza	<ul style="list-style-type: none"> – Mostrar esperanza reconociendo la valía intrínseca del paciente y viendo su enfermedad solo como una faceta de la persona. – Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados.
00124	Desesperanza	1409	Autocontrol de la depresión.	5330	Control del estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> – Considerar la posibilidad de hospitalización del paciente con alteraciones del estado de ánimo que plantea riesgos para la seguridad, que es incapaz de satisfacer las necesidades de autocuidado y/o carece de apoyo social.
				5450	Terapia de grupo	<ul style="list-style-type: none"> – Elegir los miembros del grupo que estén dispuestos a participar activamente y a asumir la responsabilidad de sus problemas. – Determinar si el nivel de motivación es lo suficientemente alto como para beneficiarse de la terapia grupal.
00066	Sufrimiento espiritual	2001	Salud espiritual	5420	Apoyo espiritual	<ul style="list-style-type: none"> – Utilizar la comunicación terapéutica para establecer confianza y una asistencial empática. – Animar al individuo a revisar la vida pasada y centrarse en hechos y relaciones que proporcionaron fuerza y apoyo espirituales. – Enseñar métodos de relajación, meditación e imaginación guiada.
00069	Afrontamiento ineficaz	1302	Afrontamiento de problemas	5230	Mejorar el afrontamiento	<ul style="list-style-type: none"> – Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente. – Presentar al paciente personas (o grupos) que hayan pasado por la misma experiencia con éxito.
				5250	Apoyo en la toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> – Ayudar al paciente a aclarar los Valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales.
00052	Deterioro de la interacción social	1503	Implicación social	5440	Aumentar los sistemas de apoyo.	<ul style="list-style-type: none"> – Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos. – Implicar a la familia/allegados/amigos en los cuidados y la planificación.
				5100	Potenciación de la socialización	<ul style="list-style-type: none"> – Fomentar las actividades sociales y comunitarias.

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNO DEPRESIVO

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00059	Disfunción sexual.	0119	Funcionamiento sexual	5248	Asesoramiento sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente a que verbalice los miedos y a que realice preguntas sobre el funcionamiento sexual. - Determinar la cantidad de culpa sexual asociada con la percepción del paciente de los factores causales de la enfermedad.
		1208	Nivel de depresión	5400	Potenciación de la autoestima.	<ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes. - Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación
00289	Riesgo de conducta suicida	1208	Nivel de depresión	5270	Apoyo emocional	<ul style="list-style-type: none"> - Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional.
				5310	Dar esperanza	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar áreas de esperanza en la vida.
		1408	Autocontrol del impulso suicida	6486	Manejo ambiental: seguridad.	<ul style="list-style-type: none"> - Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.
				6340	Prevención del suicidio.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar acciones para prevenir que el individuo se lesione o se suicide (p.ej., aumentar la observación, retirar objetos que puedan utilizarse para autolesionar).

Trastorno de personalidad (T.P.)

D.ª Ángela Iglesias de la Iglesia

D.ª Victoria Borrego Espárrago

Introducción.

Población a la que va dirigido

Tipos y conceptos

Abordaje enfermero

Patrones disfuncionales

Desarrollo del plan de cuidados.

INTRODUCCIÓN

La Personalidad se define como un constructo multifactorial dinámico con un componente biológico y un componente ambiental interrelacionados. Es decir, la personalidad consta de una parte heredada o genética (el temperamento) y otra social y ambiental (el carácter) que se moldea a través de la experiencia, durante el desarrollo temprano, especialmente durante el proceso de apego infantil. Se trata de un patrón, relativamente estable y predecible de percepción, relación y pensamiento sobre sí mismo y con el entorno que se expresa en las relaciones personales y sociales, y que caracterizan a cada persona, facilitando la adaptación de éste al entorno.

La personalidad, cuando no está alterada, es flexible y adaptable (Blais MA, Smallwoord P, Groves JE, Rivas-Vázquez RA, Hopwood CJ, 2018) (Idham J. 2015). Por tanto, sería lógico suponer que la alteración de cualquiera de estos componentes puede dar lugar a un Trastorno de Personalidad. (García MT, Martín MF, Otín Llop R.2010)

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Los Trastornos de Personalidad (TP) se definen como patrón de rasgos que se manifiestan en dos o más de las siguientes funciones: pensamiento, afectividad, relaciones interpersonales e impulsividad, repercutiendo en áreas de la vida como las relaciones personales, el trabajo, el ocio, la pareja y/o la familia. Suele iniciarse en la infancia o adolescencia. Este patrón disfuncional es permanente, inflexible, con poca o sin posibilidad de adaptación, causando malestar a la persona (Leal C, Gisbert Calabuig JA, Sánchez; 2019) A Los Trastornos de la Personalidad afectan al 10-15% de la población general. Entre el 25-50% de las personas que buscan atención psicológica, padecen un trastorno de la personalidad. El DSM-V define el Trastorno de Personalidad como:

- A. Patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de los ámbitos siguientes:
 1. Cognición (es decir, maneras de percibirse e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos).
 2. Afectividad (es decir, amplitud, intensidad, labilidad e idoneidad de la respuesta emocional).

3. Funcionamiento interpersonal.
 4. Control de los impulsos.
- B. El patrón perdurable es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales.
- C. El patrón perdurable causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se puede re-montar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta. E. El patrón perdurable no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental. F. El patrón perdurable no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) u otra afección médica (p. ej., un traumatismo craneal).

Los trastornos de la personalidad (TP) en la actualidad son un gran reto para la intervención en salud mental, al tratarse de un problema difícil de detectar, de tratar y que conlleva un considerable sufrimiento para la persona afectada y para su entorno.

En los últimos años, la frecuencia en la asistencia de pacientes diagnosticados de TP en los Servicios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid ha aumentado considerablemente (Álvarez I, Andi3n O, Barral C, Calvo N, Casadella M, Casañas R, et al. 2011) (Azcarate JC, Bay3n C, Cabrera C, Costigoyeneche C, D3az Mars3 M, Garc3a E, et al; 2009). Su importancia queda recogida en el Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, consider3ndose una patolog3a emergente de especial importancia por su prevalencia, grado de discapacidad que producen, sobrecarga a su entorno y a los dispositivos asistenciales, y dificultad para su abordaje terap3utico.

La personalidad normal est3 constituida por un conjunto de patrones duraderos de sentimientos, pensamientos y comportamientos, mediante los cuales somos capaces de adaptarnos eficazmente al entorno, tener percepciones constructivas sobre nosotros mismos y conductas que promueven la salud (Plan Estrat3gico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020). (Quiroga E, Fuentes JB. Theodore, 2002). Un trastorno de la personalidad, seg3n el Manual Diagn3stico y Estad3stico de los Trastornos Mentales DSM V, aparece cuando estos patrones de respuesta se desv3an considerablemente de las expectativas de la cultura a la que pertenece la persona que lo padece. Apareciendo estrategias de afrontamiento inmaduras y primitivas que se usan de forma inflexible e impredecible; y generando un considerable sufrimiento tanto a la persona que lo padece como a su entorno. Estos trastornos tienen su inicio al final de la adolescencia o principio de la edad adulta. Aunque, en algunos casos se manifiesta desde edades tempranas, generando dificultades y un deterioro significativo en diversas esferas vitales (social, laboral, familiar, etc.). (Blais MA, Smallwood P, Groves JE, Rivas-V3zquez RA, Hopwood CJ. 2018)

POBLACI3N A LA QUE VA DIRIGIDO

A todos los pacientes diagnosticados de cualquier tipo de trastorno de personalidad por presentar inestabilidad an3mica, amenazas de suicidio y conductas suicidas y automutilantes. Ocasionalmente aparecen ideas paranoides transitorias o s3ntomas disociativos.

TIPOS Y CONCEPTOS

Existen varios tipos de trastornos de la personalidad, el DSM-5 incluye 10 tipos estructurados en tres grupos, basados en similitudes descriptivas. Los s3ntomas difieren dependiendo del tipo, pero en general, los pacientes presentan dificultades que afectan a la autoimagen, a los patrones de respuesta ante los dem3s y ante situaciones de estr3s (3lvarez I, Andi3n O, Barral C, Calvo N, Casadella M, Casañas R, et al; 2011).

GRUPO A: RAROS O EXCÉNTRICOS

Paranoide: suspicacia y desconfianza intensa hacia los demás. Defensivo, vigilante. Piensan que los demás van a hacerles daño o aprovecharse de ellos de alguna forma. Orgullosos de sí mismos por ser objetivos e irracionales.

Esquizoide: patrón de distancia y desapego en las relaciones sociales. Expresan indiferencia respecto a esa desvinculación. Distantes, fríos y solitarios.

Esquizotípico: experimentan trastornos cognitivos y distorsiones perceptivas. Pensamiento mágico. Extravagantes, con apariencia extraña y peculiar.

GRUPO B: DRAMÁTICOS, EMOCIONALES, ERRÁTICOS

Histriónico: necesidad y búsqueda constante de atención. Emotividad generalizada y excesiva. Dramáticos, extrovertidos, superficiales. Con conductas de teatralidad y seducción.

Narcisista: sentimientos de grandeza. Necesidad de admiración, fantasías de éxito. Alta autoestima. Falta de empatía. Intolerancia a la crítica.

Límite: impulsividad e inestabilidad en sus comportamientos, en su estado de ánimo, en sus relaciones e imagen corporal. Cambios emocionales bruscos e intensos. Incapacidad para establecer relaciones sociales estables.

Antisocial: incapacidad para adaptarse a las normas sociales, con tendencia a cometer actos ilegales. Intenso descuido por los derechos de los demás. Carecen de moral y remordimientos. Poca tolerancia a la frustración. Impulsivos, imprudentes y manipuladores.

GRUPO C: ANSIOSOS Y TEMEROSOS

Evitativo: inhibición social. Miedo a la humillación y al rechazo, que genera gran malestar. Sentimientos de incompetencia. Baja autoestima.

Dependiente: necesidad desmesurada de ser cuidado por otros. Comportamiento sumiso y pasivo. Miedo a la separación.

Obsesivo-compulsivo: preocupación por el orden, las reglas, los detalles y el perfeccionismo. Rigidez. Gran dedicación al trabajo.

SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES

Los síntomas difieren dependiendo del tipo, pero en general, los pacientes presentan dificultades que afectan a la autoimagen, a los patrones de respuesta ante los demás y ante situaciones de estrés (Álvarez I, Andiñón O, Barral C, Calvo N, Casadella M, Casañas R, et al; 2011).

Los tres componentes clínicos principales del Trastorno Límite de Personalidad (TLP), en el que se centrara el Plan de Cuidados por su mayor prevalencia en las Unidades de hospitalización, son las dificultades en las relaciones interpersonales, la impulsividad, y la inestabilidad afectiva.

Presentando por ello:

- Grave problemática interpersonal, familiar y social,
- Grave disfunción laboral.

- Historial de múltiples ingresos hospitalarios y de reiterada tentativa autolítica (Álvarez I, Andiñón O, Barral C, Calvo N, Casadella M, Casañas R, et al; 2011).

COMPLICACIONES MÁS HABITUALES

- Explosiones de ira, que pueden llegar a la rotura de objetos o amenazas, y en general, pequeñas agresiones a los cuidadores.
- Son frecuentes los actos autolesivos, desde pequeñas heridas a intentos de autolisis repetidos.
- Dificultades en la comunicación y relación con los demás.
- Tendencia al abuso de sustancias.
- Manifestación de conductas sexuales de riesgo que pueden con llevar embarazos no deseados y ETS.
- Trastornos del estado de ánimo. (Álvarez Tomás I, Andiñón Pérez O, Barral Picado C, Calvo Piñero N, Casadella Ventura M, Casañas Sánchez R, et al; 2011).

SITUACIÓN ACTUAL DE LOS TRATAMIENTOS

Secundario al gran reto que supone el manejo y tratamiento de los trastornos de personalidad, y el gran sufrimiento que padecen las personas diagnosticadas de ello; el abordaje debe ser multidisciplinar.

Desde la farmacología el paciente puede verse ayudado en los momentos de crisis para la disminución de la ansiedad y el control de impulsos, siendo esta una rama más de todo el conjunto que supone el tratamiento de la patología.

La psicoterapia abre un amplio abanico de orientaciones, según la unidad y el equipo multidisciplinar se declinarán hacia unas u otras, podemos destacar, desde la orientación dinámica refiriéndonos a Terapia basada en la Transferencia (Kernberg) con un enfoque de la psicología del yo y de las relaciones objétales, la terapia confronta las distorsiones de la transferencia y los errores cognitivos y perceptuales. MBT Terapia basada en la mentalización (Bateman y Fonagy) que se focaliza en desarrollar la capacidad de entendimiento y el reconocimiento de emociones que evocan en otros y las que los otros evocan en ellos.

Desde la Terapia Dialéctica Conductual (MarshaLinehan) con objetivos ordenados jerárquicamente, centrado en la disminución de la conducta suicida/para suicida, reducción de estrés postraumático, habilidades de afrontamiento.

Las Terapias Cognitivas: Beck, con objetivo clave en la disminución de los pensamientos dicotómicos, el descontrol de los impulsos y la construcción del sentido de identidad y la Terapia Cognitiva Centrada en los Esquemas (Young) que se basa en identificar y modificar estos esquemas.

Desde el Modelo Biosocial (Millon) se describen las tres polaridades básicas que explican el origen y la construcción de la personalidad: Dolor/Placer, Actividad/Pasividad y Sí mismo/Otros, la terapia tiene por objetivos equilibrar las polaridades, reducir la emocionalidad, moderar las actitudes incoherentes y adaptar los comportamientos imprevisibles. El Modelo biopsicosocial (Cloninger) Describe la personalidad en siete dimensiones. Distingue entre temperamento y carácter.

Dentro de las psicoterapias personales, hablaríamos del Análisis estructural de la conducta social (Lorna Benjamín) se detectan modelos de relaciones interpersonales disfuncionales y se modifica la conducta central explorando el origen de esta. La Terapia Interpersonal Breve (Klerman) diseñada para tratar depresiones se focaliza en la relación entre los síntomas y las dificultades interpersonales.

La Modalidad de tratamiento intensivo (Comunidad Terapéutica) donde el núcleo de la terapia se gesta en el propio entorno y donde las modificaciones en la conducta se llevan a cabo desde la interacción personal que se pone de manifiesto en la convivencia.

Algunos estudios apuntan a la disminución en el número de ingresos en unidades de agudos y a un menor coste que en unidades de psiquiatría de hospitales generales.

Algunos autores destacan la eficacia del tratamiento grupal frente al individual.

Destacan como factores terapéuticos: disminución de la intensidad de la transferencia, posibilidad de identificaciones múltiples, modificación de conducta desadaptativa, conciencia de impulsos autoagresivos, control de impulsos por establecimiento de límites claros, creación de espacios contenedores de conductas disruptivas. La alianza del grupo se considera como una variable que permite la mejoría.

La mayoría de los tratamientos grupales combinan psicoterapia individual.

ABORDAJE ENFERMERO

Los profesionales enfermeros dan respuesta a las necesidades de los pacientes “prestando cuidados generales que abordan a la persona desde un punto de vista biopsicosocial, así como a su familia, promoviendo la autonomía y la dignidad de la persona” (Antai-Otong D; 2016).

Para el desarrollo de los cuidados, resulta imprescindible la formación especializada de los profesionales sobre el trastorno y su clínica, así como las fases, pronóstico y tratamiento. Solo así, la enfermera será una figura terapéutica y propiciará el ambiente adecuado para adquirir estrategias en base a la relación interpersonal o de cuidados establecida (Jiménez, J., Pérez, M., Rivera C., Medina L., Munuera, V. y Sánchez, M. 2010).

Las funciones de las enfermeras son muy variadas, encuadradas dentro del trabajo en un equipo multidisciplinar, y encaminadas al fomento de la responsabilidad, autonomía y empoderamiento del paciente (Antai-Otong D; 2016) (Bland AR, Tudor G, McNeil Whitehouse D.; 2007).

Estos pacientes siguen sufriendo el estigma de padecer una enfermedad mental, y dado que presentan dificultad para mantener una rutina diaria, expresar y regular sus emociones y sentimientos, el trabajo enfermero se centrará, a través del Proceso de Atención de Enfermería, en el fomento del autocuidado, la autorresponsabilidad en las tareas de la vida diaria, el acompañamiento terapéutico, el manejo conductual, la aplicación y supervisión de tratamientos, la psicoeducación y las medidas de contención, hasta la intervención en momentos de crisis (Antai-Otong D; 2016) (Jiménez, J., Pérez, M., Rivera C., Medina L., Munuera, V. y Sánchez, M. 2010).

La intervención será individualizada para cada paciente y el momento en el que se encuentre del tratamiento, adaptándose a sus necesidades y demandas.

La enfermera especialista en Salud Mental, asume un papel de apoyo y asesoramiento favoreciendo un entorno terapéutico y siempre dentro de un marco estructurado. A través de diferentes espacios, se organizan intervenciones tanto grupales como individuales, para que el paciente pueda ir adquiriendo herramientas y estrategias de afrontamiento adecuadas, fomentando la identificación de las situaciones de riesgo. El trabajo con las familias es igualmente fundamental, para la comprensión, aceptación y correcto manejo de la patología y las situaciones de crisis, de manera que la familia se convierta en un apoyo para el paciente (Bland AR, Tudor G, McNeil Whitehouse D.; 2007), (Jiménez, J., Pérez, M., Rivera C., Medina L., Munuera, V. y Sánchez, M. 2010). La enfermería lleva a cabo el trabajo con las familias a través de los grupos familiares donde se aborda todo lo que engloba la patología sin olvidar la unicidad y el proyecto de vida de cada persona.

Fundamental que el paciente tome sus propias decisiones, asumiendo así su responsabilidad, que sea quien pida ayuda, manteniendo un equilibrio entre la individualidad de la persona, pero a la vez manteniéndonos presentes en el proceso. Para que este sea beneficioso, es importante cuidar

el lenguaje y los espacios para hablar, los estímulos a los que se expone el paciente, la comunicación no verbal, el manejo de los silencios y la escucha activa (Antai-Otong D; 2016).

Las enfermeras tienen un amplio campo de trabajo evaluando los cambios significativos en la conducta del paciente, ayudando a manejar los estados emocionales angustiosos y la impulsividad que junto con la prevención de conductas de riesgo, autolesiones y suicidio constituye uno de los pilares de los cuidados enfermeros (Bland AR, Tudor G, McNeil Whitehouse D.; 2007) (Dickens GL, Lamont E, Gray S.; 2016).

Cuanto mayor sea la comunicación, autenticidad y empatía entre enfermera-paciente, mejor será el vínculo establecido, lo cual permitirá que el personal no sea visto por el paciente como una amenaza, sino como una ayuda. Se sientan así las bases de la relación terapéutica en la que la enfermera acompañará al paciente en el proceso de superación de sus dificultades, proporcionándole recursos, reforzando los cambios y previniendo las recaídas (Antai-Otong D; 2016) (Dickens GL, Lamont E, Gray S.; 2016).

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS

PATRÓN 1. PERCEPCIÓN/MANTENIMIENTO DE LA SALUD

- Escasa conciencia de enfermedad
- Rechazan cualquier intento de ayuda
- Incumplimiento terapéutico
- Uso de sustancias tóxicas (drogas)

Diagnósticos. Patrón 1

00276 Autogestión ineficaz de la salud.

00300 Conductas ineficaces para el mantenimiento del hogar.

PATRÓN 2. NUTRICIONAL/METABÓLICO

- Incorporación de alimentos o nutrientes en el organismo
- Incorporación y absorción de líquidos y electrolitos.

Diagnósticos. Patrón 2

00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos.

00002 Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.

PATRÓN 3. ELIMINACIÓN

- Presencia o no de signos y/o síntomas de alteraciones.

Diagnóstico. Patrón 3

00015 Riesgo de estreñimiento.

PATRÓN 4. ACTIVIDAD/EJERCICIO

- Valoración de la movilidad y actividades cotidianas: Debilidad generalizada, cansancio, estilo de vida (sedentario, activo), actividades de la vida diaria (AVD) que realiza, encamamiento, etc.

Diagnósticos. Patrón 4

00097 Disminución de la implicación en actividades recreativas.

00102 Déficit de autocuidado en la alimentación

00108 Déficit de autocuidado en el baño

00109 Déficit de autocuidado en el vestido.

PATRÓN 5. SUEÑO/DESCANSO

- Valorar signos y síntomas de sueño insuficiente
- Valorar modelo habitual de sueño/descanso Factores que afectan el sueño
- Antecedentes de trastorno del sueño.

Diagnósticos. Patrón 5

00095 Insomnio.

PATRÓN 6. COGNITIVO/PERCEPTIVO

- Déficit de conocimientos sobre su problema, actitud y comportamientos frente al mismo.

Diagnósticos. Patrón 6

00132 Dolor agudo

00128 Confusión aguda

00131 Deterioro de la memoria

00279 Deterioro de los procesos de pensamiento

PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO

- Dudas respecto a su autoimagen
- Sentimiento crónico

Diagnósticos Patrón 7

00118 Trastorno de la imagen corporal

00124 Desesperanza

00119 Baja autoestima crónica

00146 Ansiedad

00193 Descuido personal.

00054 Riesgo de soledad

00174 Riesgo de compromiso de la dignidad humana.

00140 Riesgo de violencia autodirigida

PATRÓN 8. ROL/RELACIONES

- Inestabilidad de las relaciones interpersonales
- Dificultades en la comunicación en su relación con los demás
- Alteraciones conductuales que derivan en disfunción familiar

Diagnósticos. Patrón 8

00052 Deterior de la interacción social
00060 Interrupción de los procesos familiares
00053 Aislamiento social
00055 Desempeño ineficaz del rol
00138 Riesgo de violencia dirigida a otros
00294 Autogestión ineficaz de la salud familiar.
00051 Deterioro de la comunicación verbal

PATRÓN 9. SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN

- Conductas sexuales inapropiadas
- Riesgo de embarazos no deseados
- Riesgo de padecer ETS

Diagnósticos. Patrón 9

00065 Patrón de sexualidad ineficaz.

PATRÓN 10. ADAPTACIÓN/TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Explosiones de ira
- Rotura de objetos o amenazas
- Pequeñas agresiones a los cuidadores
- Actos autolesivos, desde pequeñas heridas a intentos de autolisis repetidos
- Habilidades sociales deficientes
- Falta de control sobre la situación actual
- Patrones de conducta discordantes con las expectativas

Diagnósticos. Patrón 10

00069 Afrontamiento ineficaz
00071 Afrontamiento defensivo
00289 Riesgo de conducta suicida.

PATRÓN 11. VALORES/CREENCIAS

- Sufrimiento espiritual.

Diagnósticos. Patrón 11

00066 Sufrimiento espiritual.

**DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES
CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00276	Autogestión ineficaz de la propia salud	1601	Conducta de cumplimiento	4410	Establecimiento de objetivos comunes	<ul style="list-style-type: none"> – No interrumpir el tratamiento.
		1813	Conocimiento: régimen terapéutico	5618	Enseñanza procedimiento/tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> – Realizar Psicoeducación basada en conciencia de enfermedad, tratamiento, y auto-observación de signos y síntomas. – Identifique las prácticas de salud que hay que cambiar y mantenga las que sean adecuadas
				4920	Escucha activa	
00126	Conocimientos deficientes.	5618	Enseñanza procedimiento/tratamiento			
		1808	Conocimiento: medicación	5540	Potenciación de la disposición de aprendizaje.	<ul style="list-style-type: none"> – Mejorar la capacidad y disposición de recibir información.
		1803	Conocimiento: proceso de la enfermedad	5616	Enseñanza: medicamentos prescritos	<ul style="list-style-type: none"> – Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.
		1813	Conocimiento: régimen terapéutico	5602	Enseñanza: proceso de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> – Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con su proceso de enfermedad (en este caso con las manifestaciones típicas del TLP.
		1205	Autoestima	5270	Apoyo emocional	<ul style="list-style-type: none"> – Ayudar a que identifique lo bueno y positivo que tiene. – Ayudar a confiar en su capacidad para controlar la situación.
00120	Baja autoestima situacional.	1305	Modificación psicosocial: cambio de vida	5100	Potenciación de la socialización	<ul style="list-style-type: none"> – Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros
		1204	Equilibrio emocional	5400	Potenciación de la autoestima	<ul style="list-style-type: none"> – Ayudar a realizar una lista de valores que guíen la conducta en distintos ambientes y situaciones – Ayudar a realizar una lista de lo que es y no es importante en la vida y del tiempo que ocupa en cada aspecto.

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD						
COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
				4362	Modificación de la conducta: habilidades sociales.	<ul style="list-style-type: none"> – Crear un ambiente que facilite la confianza, atmósfera de aceptación, sin juicios. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
				4340	Entrenamiento de La asertividad	<ul style="list-style-type: none"> – Identificar las barreras de afirmación. – Ayudar al paciente a que reconozca y reduzca las distorsiones cognitivas que bloquean la afirmación.
		1502	Habilidades de interacción social	4640	Ayuda para el control del enfado	<ul style="list-style-type: none"> – Enfatizar la importancia de la capacidad activa de enfrentarse a los problemas – Fomentar la consideración de las cuestiones y consecuencias de la conducta.
				5430	Grupo de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> – Fomentar la implicación en relaciones sociales ya establecidas. – Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
00052	Deterioro de la interacción social			5480	Clarificación de valores	<ul style="list-style-type: none"> – Ayudar al paciente a que aumente la consciencia de sus virtudes y sus limitaciones, en la comunicación con los demás.
				5100	Potenciación de la socialización	<ul style="list-style-type: none"> – Utilización intencionada de actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las capacidades sociales
				5360	Terapia de entretenimiento	<ul style="list-style-type: none"> – Ayudar a explorar el significado personal de las actividades favoritas – Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en las actividades recreativas
		1503	Implicación social	5440	Aumentar los sistemas de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> – Evaluar la conveniencia de los recursos comunitarios para identificar virtudes y defectos. – Observar la situación familiar. – Remitir a programas comunitarios de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación, si procede

**DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES
CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00146	Ansiedad	1402	Autocontrol de la ansiedad	5820	Disminución de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> – Reconocer de antemano los factores que le producen estrés/ansiedad evitando en la medida de lo posible y desarrollar poco a poco habilidades para poder superarlos. – Conocer métodos para identificar y disminuir la ansiedad una vez que ha aparecido – Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. – Instruir al paciente sobre técnicas de relajación – Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si procede. – Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
		1302	Afrontamiento de problemas	6487	Manejo ambiental: prevención de la violencia	
				5230	Mejorar el afrontamiento	
00060	Interrupción de los procesos familiares			7140	Apoyo a la familia	<ul style="list-style-type: none"> – Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia. – Favorecer una relación de confianza con la familia.
		2604	Normalización de la familia	5370	Potenciación de roles	<ul style="list-style-type: none"> – Ayudar al paciente a identificar los diversos papeles en la vida. – Ayudar al paciente a identificar los cambios de roles específicos necesarios debido a enfermedades o discapacidades.
				7110	Fomentar la implicación familiar	<ul style="list-style-type: none"> – Reconocer la necesidad del cuidador principal de ser relevado de las responsabilidades de cuidados continuos. – Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente
00065	Patrón de sexualidad ineficaz	1207	Identidad sexual.	5480	Clarificación de valores	<ul style="list-style-type: none"> – Facilitar la identificación de sus formas de respuesta habitual. – Ayudarle a identificar la fuente de motivación.
				5390	Potenciación de la conciencia de sí mismo	<ul style="list-style-type: none"> – Ayudar a identificar los atributos positivos de sí mismo/a. – Ayudar al paciente a reconocer sentimientos (ira, ansiedad o tristeza). – Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad.
				5370	Potenciación de roles	<ul style="list-style-type: none"> – Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. – Fomentar la consideración de las cuestiones y consecuencias de la conducta.
		1200	Imagen corporal	5270	Apoyo emocional	<ul style="list-style-type: none"> – Establecer el propósito de la interacción. – Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones.
				4920	Escucha activa	

**DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES
CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00138	Riesgo de violencia dirigida a otros	1401	Autocontrol de la agresión	6847	Manejo ambiental :prevención de la violencia	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminar las armas potenciales del ambiente - Controlar de forma rutinaria el ambiente para mantenerlo libre de peligros. - Establecer relación terapéutica basada en la confianza y el respeto - Enseñar al paciente a “detenerse y pensar” antes de comportarse impulsivamente - Ayudar a la identificación de factores desencadenantes y dinámica de crisis. - Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación. - Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente - Animar al paciente a que determine sus virtudes y habilidades
				5240	Asesoramiento	
				43405	Entrenamiento de la asertividad	
				6160	Intervención en caso de crisis	
				2380	Manejo de la medicación	
				5880	Técnica de relajación	
				4420	Acuerdo con el paciente	
00140	Riesgo de violencia autodirigida	1405	Autocontrol de los impulsos	4640	Ayuda para el control del enfado.	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer una compenetración y relación de confianza básicas con el paciente. - Determinar las expectativas de comportamiento adecuadas para la expresión del enfado, dado el nivel de funcionamiento cognitivo y físico del paciente. - Discutir las preocupaciones con el paciente acerca de su conducta. - Identificar (con la participación del paciente, cuando corresponda) la conducta indeseable del paciente. - Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente y eliminar los factores de peligro. - Determinar el motivo/razón de la(s) conducta(s). - Comunicar las expectativas y consecuencias de la conducta del paciente.
				4380	Establecer límites.	
				6486	Manejo ambiental: Seguridad	
				4354	Manejo de la conducta: autolesión	

**DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES
CON TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00069	Afrontamiento inefectivo.	1405	Control de impulsos	5230	Manejo del afrontamiento.	<ul style="list-style-type: none"> - Control de impulsos.-Evaluación del control de impulsos. Manejo de la conducta: autolesión - Mostrar los métodos de solución de los problemas habituales-prevalentes. - Utilizar ejemplos de casos que potencien la habilidad. - Ayudar a la identificación de recursos y opciones. - Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento. - Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y capacidades. - Fomentar un dominio gradual de la situación. - Determinar el nivel y conveniencia del sistema actual de apoyo del paciente - Facilitar la toma de decisiones en colaboración. - Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa.
				5210	Guía de anticipación	
				5233	Aumentar el afrontamiento	
				5430	Grupo de apoyo	
				5250	Apoyo en la toma de decisiones	
00066	Sufrimiento espiritual	1201	Esperanza	5310	Dar esperanza	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente/familia identificar las áreas de esperanza en la vida. - Animar al paciente a hacer una lista de lo que es y no es importante en su vida y del tiempo que ocupa en cada aspecto. - Ayudar al paciente a evaluar si los valores están de acuerdo o en conflicto con los miembros de la familia. - Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias. - Calcular la respuesta psicológica a la situación familiar y la disponibilidad de sistemas de apoyo. - Determinar el grado de apoyo familiar.
				5430	Grupo de apoyo	
				5480	Clarificación de valores	
				5440	Aumentar los sistemas de apoyo	

Dra. Pilar Caminero Luna

Introducción.

Población a la que va dirigido.

Tipos y conceptos.

Abordaje enfermero.

Patrones disfuncionales.

Desarrollo del plan de cuidados. Ejemplos

INTRODUCCIÓN

Desde la antigüedad el ser humano viene consumiendo sustancias con fines curativos, analgésicos o placenteros. Sin embargo, en la actualidad se ha producido un cambio constante en los patrones de consumo y de abuso de sustancias ya que se han ido incorporando nuevas sustancias adictivas.

El consumo de sustancias es un patrón de uso de drogas o alcohol que causa problemas en la vida de una persona (Lexicon of Alcohol and Drug Terms OMS (1994) y se ha relacionado con un gran número de problemas de salud física, psíquica y social de distinta gravedad e intensidad.

Según la OMS, drogodependencia es el estado psíquico y, a veces, físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y una sustancia (droga), que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso irreprímible a tomar la sustancia de forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación.

Se puede afirmar que la dependencia de sustancias es una enfermedad debida a una disfunción neurobiológica de determinados sistemas de neurotransmisión, estructuras mesenfálicas, límbicas, corticales y circuitos cerebrales implicados en la motivación y la conducta Kalivas y Volkow, 2005. Se manifiesta por un grupo de síntomas cognoscitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella.

Diversos aspectos y criterios científicos se utilizan para la definición de la enfermedad por abuso de alcohol y otras sustancias, como la cantidad de sustancia consumida relacionada con el peso y día; tipo de sustancia consumida, relación establecida con la sustancia, tiempo de la duración del consumo, momento a partir del cual el consumo produce algún tipo de complicación, perjuicio y deterioro por el consumo etc.

Según el DSM 5(2014), los “trastornos relacionados con sustancias” se dividen en dos grupos: “los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias”.

- En el primer grupo se incluyen diez clases de drogas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos (con categorías separadas para la fenciclidina y otros alucinógenos), inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (sustancia anfetamínica, la cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas).
- En el segundo grupo se incluyen las siguientes afecciones: intoxicación, tolerancia abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por una sustancia o medicamento. (APA, 2014).

Se acepta por la comunidad científica, que el modelo de abordaje para las adicciones que más se aproxima a la realidad es el biopsicosocial, donde se entiende la drogodependencia como un hábito regulado por factores biológicos, psicológicos y sociales, de tal manera que la adicción es el resultado de su interacción en un momento dado. Así pues, las adicciones tienen en su inicio, en su mantenimiento y en su abandono una naturaleza multidimensional donde intervienen los efectos de las sustancias, el contexto donde se da la adicción y la vulnerabilidad del sujeto que consume drogas (Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. R. y Carballo, J. L.; 2007).

Según la OMS (2018) el alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia. Cada año se producen 3 millones de muertes en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol, lo que representa un 5,3% de todas las defunciones, donde una proporción importante genera carga de morbilidad y mortalidad.

Las personas con adicción al alcohol presentan un elevado riesgo de comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos hasta un 70 %. (Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020. El alcoholismo es el trastorno psiquiátrico que tiene una prevalencia mayor (8,46%) junto con los trastornos afectivos (9,21%) y los trastornos de ansiedad (8,08%) incluso es 7 veces mayor que los trastornos por abuso y dependencia de drogas (0,90%).

Los profesionales de enfermería tienen un papel de suma importancia en el abordaje de estos procesos adictivos (Protocolo de intervención de enfermería en los Centros de Atención a las Drogodependencias, 2015) muy especialmente en el enfoque de la entrevista inicial que ha de ser objetiva, motivada, carente de crítica y estigma. Se debe considerar a la persona con adicción como un enfermo que precisa ayuda en la esfera orgánica, psicológica y sociofamiliar. La actitud deberá ser empática, teniendo en cuenta el sufrimiento que conlleva la persona, la afectación de las habilidades sociales (la autoestima, solución de problemas, asertividad y comunicación) y la depresión como proceso casi siempre coadyuvante e intrínseco a la enfermedad.

Factores importantes a tener en cuenta en el abordaje enfermero, es conocer el momento conductual y afectivo que presenta el paciente, que según Prochaska y Diclemente (Sánchez-Hervás, E; Tomás Gradolí, V; Marales Gallús, E; 2014) pasa por cinco etapas o estadios: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento; acordes al grado de conciencia de enfermedad (insight que va teniendo la persona en el proceso de adicción). En este sentido la entrevista motivacional cobra especial relevancia, siendo las intervenciones enfermeras adaptadas a cada estadio. La enfermera ha de saber que las adicciones son enfermedades crónicas donde si el paciente recae no es culpa de nadie, simplemente se encuentra en la fase aguda de enfermedad y siempre ha de visitarle y motivarle más.

Por último, para los profesionales de enfermería, las sustancias de las que se abusan, no son como tal su objeto de trabajo, sino las repercusiones a nivel individual, familiar, social, laboral o grupal que se generan en la capacidad para ejercer el cuidado de sí mismo y de las personas de su entorno.

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDO

A aquellas personas diagnosticadas de cualquier tipo de abuso de sustancias y que precisan atención especializada de enfermería.

TIPOS Y CONCEPTOS

TOLERANCIA. Es la necesidad que tiene el organismo de aumentar la dosis de la sustancia psicoactiva, tras un consumo regular y continuado, para obtener el efecto inicial. Los mecanismos bioquímicos del cerebro, antes de ser dependientes, deben tolerar y adaptarse a los efectos perturbadores de la sustancia psicoactiva.

INTOXICACION. Cuando el consumo de una sustancia es superior, en cantidad o frecuencia, a la capacidad del organismo para eliminarlo (por ejemplo, la embriaguez).

DEPENDENCIA. TIPOS

DEPENDENCIA FISICA Síntomas físicos al dejar de consumir una sustancia a la que el cuerpo está habituado. Ocurre porque el organismo (incluido el cerebro) se ha acostumbrado a funcionar con un cierto nivel de sustancia o fármaco en la sangre que, al retirarse, el equilibrio se rompe bruscamente y aparecen síntomas hasta que el sistema se vuelve a normalizar. Hay fármacos que no crean adicción pero que si se retiran de golpe pueden provocar problemas físicos importantes.

DEPENDENCIA PSIQUICA Situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o para evitar malestar.

DEPENDENCIA SOCIAL Se manifiesta como la necesidad de consumir una sustancia como manifestación de pertenencia a un grupo social que nos proporciona signos de identidad.

SINDROME DE ABSTINENCIA Es el conjunto de síntomas y signos de malestar de carácter físico y psíquico que aparecen cuando se interrumpe o disminuye de forma importante la administración del fármaco o sustancia a la que la persona había desarrollado una dependencia. Puede producir insomnio, ansiedad, midriasis, irritabilidad, temblor, que puede llegar a las convulsiones e incluso puede causar la muerte. Entre los síntomas neurovegetativos podemos mencionar: sudoración, bostezo, frecuente, inapetencia, pilo erección, náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal y espasmos musculares.

TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANTANCIAS (DSM V 2017)

- trastorno por consumo de alcohol
- trastorno por consumo de cannabis
- trastorno por consumo de fenciclidina
- trastorno por consumo de otros alucinógenos
- trastorno por consumo de inhalantes
- trastorno por consumo de opiáceos
- trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- trastorno por consumo de estimulantes (sustancias de tipo anfetamínico, consumo de cocaína y consumo de otros estimulantes o estimulantes no especificados)
- trastorno por consumo de tabaco
- trastorno por consumo de otras sustancias (o sustancias desconocidas)

CLASIFICACIÓN GENERAL

Existen múltiples clasificaciones, la que se expone a continuación es la más conocida:

- a. Según sus efectos sobre el sistema nerviosos central:

Sustancias Depresoras del SNC	Sustancias Estimulantes del SNC	Alucinógenos
Alcohol	Cocaína	LSD
Opiáceos (Heroína, Morfina, etc.)	Anfetaminas	Psilocibina
Benzodiacepinas	Nicotina	Peyote
Barbitúricos	Xantinas (Cafeína, Teína, etc.)	Drogas de síntesis
Cannabis y derivados		
Inhalantes		

b. Drogas duras y drogas blandas:

Drogas duras: la cocaína, los opioides, el alcohol, o las anfetaminas.

Drogas blandas: el término es aplicado generalmente a los derivados del cannabis (marihuana, hachís, etc.), a la cafeína, etc.

c. Drogas legales e ilegales.

Las dificultades diagnósticas dependen de conceptos de tipo epidemiológico (cantidades y frecuencia de bebida) y de tipo clínico (problemas por el consumo), excesiva rigidez de los criterios diagnósticos, ausencia en ocasiones de complicaciones somáticas objetivables, escasa conciencia de patología con negación del problema por el paciente y banalización por parte del profesional. (Ochoa, E; Madoz-Gúrpide, A; Vicente, N.; 2009).

PROBLEMAS RELACIONADO CON EL ALCOHOL

Las personas que dependen o abusan del alcohol manifiestan a menudo, síntomas clínicos similares, como alteración del juicio, de la orientación, la memoria, la afectividad, el conocimiento, el discurso y cambios conductuales.

Se habla de *consumo problemático* cuando aparece algún problema relacionado con el alcohol.

- El *consumo perjudicial* (CIE 10) se refiere a la existencia de problemas médicos o psicológicos como consecuencia del consumo, independientemente de la cantidad consumida.
- El *abuso de alcohol* (DSM-IV-TR) habla de un patrón desadaptativo que conlleva problemas.
- El *síndrome de dependencia* de alcohol se refiere a la existencia de síntomas conductuales y fisiológicos que indican que se ha perdido el control sobre el consumo y sigue bebiendo a pesar de las consecuencias adversas.
- *Alcoholismo*: Presencia de uno o más de los siguientes síntomas, durante un período de 12 meses:
 - ◊ El consumo recurrente de alcohol provoca incapacidad para cumplir obligaciones de su rol.
 - ◊ Consumo recurrente en situaciones que entrañan un riesgo físico.
 - ◊ Problemas legales continuos por el consumo de alcohol.
 - ◊ Consumo continuo a pesar de padecer problemas sociales o interpersonales, persistentes o recurrentes, causados por el alcoholismo.

RELACIONADO CON OTRAS SUSTANCIAS

Como norma general existen cuadros de intoxicación aguda y síndrome de abstinencia para otras sustancias, tales como los sedantes, opioides, anfetaminas, cocaína, disolventes etc, cada uno con sus características clínicas particulares.

Existen otros trastornos inducidos por el abuso de sustancias:

- Trastorno psicótico.
- Síndrome amnésico.
- Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío.
- Trastorno inespecífico mental y del comportamiento.

TIPOS DE TRATAMIENTO

La complejidad causal, conceptual y relacional del proceso de alcohol hace que las aportaciones terapéuticas sean variadas, adaptadas a las necesidades concretas del paciente y la situación (Ochoa, E; Madoz, A; Vicente, N. 2009).

Las fases del tratamiento clásicos son:

- Desintoxicación o abstinencia supervisada. Tratamiento farmacológico y/o psicológico mediante el cual un consumidor de sustancias psicoactivas puede llegar a prescindir de su consumo. Tiene como objetivo prevenir y tratar el síndrome de abstinencia.
- Deshabitación. Proceso largo y complejo en el que se pretende que desaparezca el síndrome de abstinencia tardío y síndrome de abstinencia condicionado, mientras la persona efectúa un aprendizaje de las estrategias terapéuticas que le permitirán enfrentarse con posibilidad de éxito a los factores adversos
- Reinserción. Proceso que consiste en una reincorporación de las personas con problemas de adicción, a las pautas de normalización de la sociedad en la cual se hallan inmersos y de las cuales se habían alejado, no solo por causa de sus problemas, sino también por efecto de la actuación social sobre ellos

De manera genérica todo programa terapéutico sobre alcoholismo se ha de basar en el trabajo motivacional, donde los profesionales de enfermería intervienen con un rol relevante.

ABORDAJE ENFERMERO

ENTREVISTA MOTIVACIONAL. Es una forma de entrevista que hace que las personas reflexionen, profundicen y se preocupen de un problema concreto

Gran parte de las dificultades con las que nos encontramos los profesionales sanitarios en la consulta están en relación con la capacidad de comunicarnos con el paciente. Esta dificultad es evidente cuando pretendemos la modificación de los hábitos de conducta. Se sabe perfectamente cuándo se ha de recomendar a un paciente cambiar una conducta, porque está siendo perjudicial para su salud, pero no se sabe bien cómo. En gran parte de las ocasiones se tiene la sensación, cuando no la certeza, de que ese consejo que se está dando, no va a surtir efecto, que por muchos argumentos que se den a los pacientes, el resultado va a ser bastante pobre. Esto nos lleva en ocasiones a abandonar el intento o a derrochar energías inútilmente.

Resulta indicado no tener prisa en avanzar, pues cuanto más carga de motivación se empieza el camino en las primeras consultas, más posibilidades hay de terminarlo. En todas las entrevistas se hará hincapié en los motivos para el cambio (que serán expuestos por el paciente, no por la enfermera). El profesional hace solamente de catalizador del proceso, fundamentalmente escuchando, pero de forma activa, reflexiva, actuando como un espejo en el que el paciente se ve y va descubriendo el camino que desea tomar. (NIC Apoyo emocional y escucha activa)

PRINCIPIOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL: (MILLER W Y ROLLNICK S, (2002)

1. **EXPRESAR EMPATÍA** Es el principio de aceptación. Paradójicamente, cuando se acepta al paciente tal y como es, se encuentra más libre para poder decidir cambiar.
2. **CREAR LA DISCREPANCIA.** Hay que conseguir enfrentar al paciente con una realidad no placentera, crear una disonancia cognitiva entre lo que es y lo que querría ser.
3. **EVITAR LA DISCUSIÓN** La discusión posiciona al paciente al otro lado de la balanza, crea resistencias, conductas defensivas; la aparición de resistencias, nos indica que debemos cambiar de estrategia.
4. **DARLE UN GIRO A LAS RESISTENCIAS** Cuando aparecen las resistencias, se debe pensar que esas percepciones se pueden cambiar, y se pueden sugerir otros puntos de vista. Generalmente es el propio paciente el que puede contestar a las mismas y encontrar las soluciones a lo que plantea. Si se rebaten las resistencias, provocamos discusión.
5. **FOMENTAR LA AUTOEFICACIA** Si se enfrenta al paciente a una realidad desagradable pero no se siente capaz de cambiarla, no iniciará ningún camino. El mensaje a transmitir es el de que él puede hacerlo. No solo puede, sino que debe, está en su mano y nadie lo hará por él. Nosotros le ayudaremos en ese camino que él irá trazando.

Prochaska y DiClemente, C.C. (1992) observando los cambios de conducta en los ámbitos cognitivo, afectivo y conductual, propusieron un modelo teórico de cambio que describe cómo las personas modifican un problema de conducta o adquieren una conducta positiva.

El modelo de Prochaska considera el cambio como un proceso que va avanzando a través de una serie de cinco etapas, que en los procesos adictivos es aconsejable tomarlos como guía o referencia. Estas cinco etapas o estadios son: precontemplación, contemplación, determinación, acción y mantenimiento.

Cada estadio registra una actitud mental diferente y necesita una actuación profesional diferente.

- **ETAPA DE PRECONTEMPLACIÓN:** En esta etapa el paciente o el familiar no han considerado que tengan un problema o que necesiten introducir un cambio en alguna conducta.

Aquí la enfermera solo puede ofrecer información y feedback a fin de que pueda aumentar su conciencia del problema, la duda y la percepción de los riesgos. Sobre todo, es importante general una alianza terapéutica con el objetivo que vuelva por segunda vez a la consulta.

- **ETAPA DE CONTEMPLACIÓN:** Es una fase caracterizada por la ambivalencia, una vez que aparece la toma de conciencia del problema. Cuando el paciente puede hablar del problema sin interferencias, la persona probablemente discurrirá entre las razones por las que debe preocuparse y las que cree tener para no hacerlo.

La labor de la enfermera en esta fase, es la de ayudar a que la balanza se decante a favor del cambio: hacer evocar las razones para cambiar, y aumentar la sensación de autoeficacia, ya que uno de los principales motivos para no plantearse el cambio en una conducta es la escasa confianza en las posibilidades de conseguirlo con éxito. En esta fase de ambivalencia es en la que tienen más aplicación las estrategias de la entrevista motivacional.

Se pueden proponer las siguientes tareas:

1. **Diario de salud** Registro sistemático de la frecuencia en que se produce una conducta y de otros aspectos relevantes relacionados con ella. Automonitorización.
2. **Hoja de balance** Es una hoja de dos columnas con razones en contra y a favor del cambio. Pueden ser los factores de riesgo y de protección que llevan al paciente a empeorar o mejorar su proceso.
3. **Elaboración del plan** Una vez que el paciente ha respondido a las preguntas activadores, se empezará a elaborar y negociar un plan que debería incluir las metas del cambio donde el profesional debe ayudar a paciente a encontrarlas, pero sin imponerlas.

- **ETAPA DE DETERMINACIÓN:** Cuando esa balanza se inclina hacia el lado del cambio durante un tiempo, la persona pasa a una fase de determinación o preparación para la acción (“tengo que hacer algo, esto va en serio”), toma una decisión.

La labor de la enfermera en esta fase es la de aconsejarle el recurso terapéutico más apropiado. Informarle de las asociaciones sociales de apoyo que funcionan como importantes factores de protección.

- **ETAPA DE ACCIÓN:** Es en la que se lleva a cabo el proceso de cambio de la conducta.
- **ETAPA DE MANTENIMIENTO Y RECAIDA:** Durante la etapa de mantenimiento el reto consiste en mantener el cambio conseguido en el tiempo y prevenir la recaída. Para ello tener presente el perfil de consumo anterior en cuanto a los hábitos conductuales, son los momentos donde la persona consumía descritos como importantes estimuladores del craving en los primeros meses e abstinencia. Trabajar la prevención de recaída con grupos especializados donde exista una identificación de las situaciones de riesgo y herramientas para la elaboración de estrategias de afrontamiento. En esta etapa trabajar las habilidades sociales (tales como autoestima, asertividad, solución de problemas y comunicación) se describe como agente preventivo.

Finalmente, si la RECAIDA se produce, la labor del terapeuta es evitar la desmoralización y no generar culpabilizaciones. Si el paciente recae nadie tiene la culpa, es una característica intrínseca de las enfermedades crónicas (como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la diabetes, las cardiopatías, las neoplasias malignas, la artritis gotosa, las enfermedades autoinmunes etc., EN LAS QUE NO SE DEJA DE INTERVENIR PORQUE EL PACIENTE SUFRA UNA RECAÍDA.

Aquí serán oportunas las Técnicas de Señalamiento emocional y Reestructuración positiva con frases para aumentar la autoestima, siendo coherentes con el concepto de adicción como enfermedad del cerebro.

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS CON LOS DIAGNÓSTICOS NANDA MÁS FRECUENTES

El consumo y abuso de sustancias afecta a la esfera física, psíquica y social de la persona y lo hace con distinta gravedad e intensidad según el tipo de sustancia y patrón de consumo. Desde la Valoración de Margory Gordon y la clasificación NANDA, a continuación, se enuncian los patrones disfuncionales más frecuentes en abuso de sustancias y con los diagnósticos desde la valoración de cada patrón.

PATRÓN 1. PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD

- Negación de la enfermedad
- Exposición a conductas de riesgo

Diagnósticos Patrón 1

00004 Riesgo de infección

00035 Riesgo de lesión

00037 Riesgo de Intoxicación

00038 Riesgo de traumatismo físico.

00292 Conductas ineficaces de mantenimiento de la salud.

00300 Conductas ineficaces de mantenimiento del hogar

PATRÓN 2. NUTRICIONAL-METABÓLICO

- Alimentación desorganizada

Diagnósticos Patrón 2

00002 Desequilibrio nutricional ingesta inferior a las necesidades.
00008 Termorregulación ineficaz
00045 Deterioro de la integridad de la membrana mucosa oral
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
00134 Náuseas
00178 Riesgo de deterioro de la función hepática.
00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable

PATRÓN 3. ELIMINACIÓN

- Estreñimiento, secundario a hábitos dietéticos erróneos, secundario al uso/abuso de la sustancia (heroína...)
- Diarrea, secundaria a la privación de la sustancia
- Sudoración profusa

Diagnósticos Patrón 3

00013 Diarrea
00015 Riesgo de estreñimiento
00016 Deterioro de la eliminación urinaria
00297 Incontinencia urinaria asociada a discapacidad
00196 Motilidad gastrointestinal disfuncional

PATRÓN 4. ACTIVIDAD-EJERCICIO

- Alteración del ritmo sueño-vigilia, tanto por el efecto de la sustancia como por las manifestaciones conductuales de búsqueda y consumo.

Diagnósticos Patrón 4

00085 Deterioro de la movilidad física
00086 Riesgo de disfunción neurovascular periférica
00088 Deterioro de la deambulación
00093 Fatiga.
00154 Vagabundeo
00299 Riesgo de disminución de tolerancia a la actividad
00108 Déficit de autocuidado en el baño
00109 Déficit de autocuidado en el vestido
00303 Riesgo de caídas del adulto
00168 Estilo de vida sedentario

PATRÓN 5. SUEÑO-REPOSO

- Agitación psicomotora
- Alteraciones crónicas por lesiones neurológicas (ataxia...)

Diagnósticos Patrón 5

00095 Insomnio
00096 Deprivación del sueño
00165 Disposición para mejorar el sueño
00198 Trastorno del patrón del sueño.

PATRÓN 6. COGNITIVO-PERCEPTIVO

- Desorientación en las tres esferas
- Alteraciones sensoperceptivas
- Alteraciones del pensamiento

Diagnósticos Patrón 6

00126 Conocimientos deficientes
00129 Confusión crónica
00131 Deterioro de la memoria
00173 Riesgo de confusión aguda
00184 Disposición para mejorar la toma de decisiones
00133 Dolor crónico
00199 Planificación ineficaz de actividades.
00137 Aflicción crónica

PATRÓN 7. AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

- Autoestima baja
- Ánimo bajo
- Falta de planificación del futuro

Diagnósticos Patrón 7

00054 Riesgo de soledad
00118 Trastorno de la imagen corporal.
00119 Baja autoestima crónica
00121 Trastorno de la identidad personal
00124 Desesperanza.
00140 Riesgo de violencia autodirigida.
00146 Ansiedad
00152 Riesgo de impotencia
00153 Riesgo de baja autoestima situacional
00167 Disposición para mejorar el autoconcepto
00193 Descuido personal.

PATRÓN 8. ROL-RELACIONES

- Abandono del Rol

Diagnósticos Patrón 8

00051 Deterioro de la comunicación verbal.
00052 Deterioro de la interacción social.
00053 Aislamiento social.
00055 Desempeño ineficaz del rol.
00057 Riesgo de deterioro de la crianza.
00058 Riesgo de deterioro de la vinculación.
00060 Interrupción de los procesos familiares.
00062 Riesgo de cansancio del rol de cuidador(a).
00063 Procesos familiares disfuncionales
00138 Riesgo de violencia dirigida a otros
00159 Disposición para mejorar los procesos familiares

PATRÓN 9. SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

- Desinterés
- Incapacidad

Diagnósticos Patrón 9

00059 Disfunción sexual
00065 Patrón sexual ineficaz

PATRÓN 10. AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA DEL ESTRÉS

- Satisfacción inmediata de la necesidad de consumir

Diagnósticos Patrón 10

00069 Afrontamiento ineficaz
00071 Afrontamiento defensivo
00072 Negación ineficaz
00073 Afrontamiento familiar incapacitante
00074 Afrontamiento familiar comprometido
00139 Riesgo de automutilación
00145 Riesgo de síndrome postraumático
00289 Riesgo de conducta suicida

PATRÓN 11. VALORES-CREENCIAS

- Desinterés en las fases de dependencia
- Interés en el proceso de la deshabitación

Diagnósticos Patrón 11
00066 Sufrimiento espiritual
00185 Disposición para mejorar la esperanza

DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS MODELO EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS Y ALCOHOL

A continuación se explicita una tabla con un plan de cuidados modelo y relacionando las intervenciones enfermeras y los diagnósticos según los estadios de Prochaska y D' Clemente.

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON CONSUMO DE SUSTANCIAS Y ALCOHOL						ESTADIOS PROCHASKA	
COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES	
00069	Afrontamiento ineficaz.	1903	Control del riesgo: consumo de alcohol.	4500	Prevención del consumo de sustancias nocivas	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar al paciente a identificar estrategias sustitutorias para reducir tensiones Preparar al paciente para sucesos difíciles y dolorosos 	PRECONT CONTEN
00276	Autogestión ineficaz de la salud.	1603	conducta de búsqueda de la salud	5250	apoyo en toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa Facilitar la toma de decisiones en colaboración 	PRECONT CONTEN
		1602	conducta de fomento de la salud	5510	educación para la salud	<ul style="list-style-type: none"> Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento 	
		1813	conocimiento: régimen terapéutico	5616	enseñanza: medicamentos prescritos	<ul style="list-style-type: none"> Determinar el cumplimiento de tratamientos médicos y de cuidados 	
		1812	Control del consumo de sustancias	6610	identificación de riesgos	<ul style="list-style-type: none"> Identificar los factores internos y externos que puedan disminuir las conductas de riesgo 	
00126	Conocimientos deficientes.	1805	Conocimiento: conducta sanitaria	5606	Enseñanza: individual	<ul style="list-style-type: none"> Valorar nivel de conocimientos, comprensión de contenidos y capacidades del paciente Determinar la motivación del paciente Trabajar el Insight 	PRECONT CONTEN
		1215	Conciencia de uno mismo	121509	Reconoce los patrones de conducta personales	<ul style="list-style-type: none"> Establecer con el paciente metas realistas Reforzar la conducta ante los logros. 	
		1812	Control del consumo de sustancias	5510	Educación sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> Centrarse en los beneficios de salud a corto plazo para conductas de estilo de vida positivas. Enseñar estrategias para la mejora de la salud 	

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON CONSUMO DE SUSTANCIAS Y ALCOHOL

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES	ESTADIOS PROCHASKA
00002	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades	1004 1005	Estado nutricional Estado nutricional: Determinaciones bioquímicas	1100 2020	Manejo de la nutrición Monitoreo de electrolitos	<ul style="list-style-type: none"> – Determinar las preferencias de comidas del paciente – fomentar el aumento de la ingesta de proteínas, hierro y vitamina B en la alimentación – incluir en la dieta alimentos ricos en fibra – observar si hay signos de y síntomas de alteración electrolítica – vigilar el nivel de electrolitos en suero 	PRECONT CONT
00015	Riesgo de estreñimiento	0501	Eliminación intestinal	0450 4120 2380 200	Manejo del estreñimiento/impactación Manejo de líquidos Manejo de la medicación Fomento del ejercicio	<ul style="list-style-type: none"> – Vigilar aparición de signos y síntomas de estreñimiento – Fomentar el aumento de ingesta de líquidos – Uso de laxantes o enema si procede – Vigilar el estado de hidratación – controlar el cumplimiento del régimen de medicación – Caminar 1h diaria 	PRECONT RECAIDA
00095	Insomnio	004	Sueño	1850	Mejorar el sueño	<ul style="list-style-type: none"> – Fomentar una higiene de sueño adecuada – Proporcionar folletos informativos sobre técnicas favorecedoras del sueño. 	PRECONT CONTEN RECAIDA
00289	Riesgo de conducta suicida	1418 1208	Autocontrol del impulso suicida Nivel de depresión	14204 5340 5270 530 6487 6847	Acuerdo con el paciente Presencia Apoyo emocional Dar esperanza Manejo ambiental prevención de la violencia	<ul style="list-style-type: none"> – Permanecer cerca de la persona – Realizar movilización familiar – Comunicar con el psiquiatra el riesgo – Ajuste farmacológico/ingreso – Crear un ambiente seguro para el paciente 	RECAIDA
146	Ansiedad	1402	autocontrol de la ansiedad	5230 1211	Mejorar el afrontamiento Evaluar el nivel de ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> – Fomentar la adaptación a factores estresantes, cambios o amenazas. 	CONTEM RECAIDA
0173	Riesgo de confusión aguda	1629	Conducta de abandono del consumo de alcohol	2380 5395	Manejo de medicación Mejora la autoconfianza	<ul style="list-style-type: none"> – Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. – Reforzar la confianza al hacer cambios de conducta y emprender la acción. 	RECAIDA

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON CONSUMO DE SUSTANCIAS Y ALCOHOL							
COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES	ESTADIOS PROCHASKA
00120	Baja autoestima situacional	1205 1305 1403	Autoestima Modificación psicosocial: cambio de vida Autocontrol del pensamiento distorsionado	5400 5230 4700	Potenciación de la autoestima Aumentar el afrontamiento Reestructuración cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> – Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes – Alabar los logros – Favorecer relaciones sociales – Fomentar la identificación y valores vitales específicos – Potenciar la autoeficiencia 	MANTEN RECAID
00052	Deterioro de la interacción social	2601	Clima social de la familia	7110	Fomentar la implicación familiar	<ul style="list-style-type: none"> – Ayudar a los miembros de la familia poner en práctica estrategias de normalización de la situación – determinar los sistemas de apoyo familiar, comunitario 	PRECONT RECAID
00053	Aislamiento social	1503	Implicación social	5430	Grupo de apoyo	<ul style="list-style-type: none"> – Informar y contactar con asociaciones de autoayuda 	PRECONT RECAID
00074	Afrontamiento familiar comprometido	2604 2204	Normalización de la familia Relación entre el cuidador principal y el paciente	7140 7040	Apoyo a la familia Apoyo al cuidador principal	<ul style="list-style-type: none"> – servir de enlace entre el paciente y la familia – Favorecer una relación de confianza con la familia – Valorar la reacción emocional familiar frente a la enfermedad – Determinar la aceptación del cuidador de su papel – Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos de cuidador 	PRECONT RECAID
00065	Patrón de sexualidad ineficaz	1815	Conocimiento sexual	5622 4500	Enseñanza: sexo seguro Prevención del consumo de sustancias nocivas	<ul style="list-style-type: none"> – Instruir al paciente en las prácticas sexuales de bajo riesgo – Fomentar el uso de preservativos, si procede – Informar de las consecuencias sexuales con el uso de sustancias 	PRECONT CONTEMPL

Trastorno de Ansiedad

D.ª Rocío Morote Martínez

D. Jose Antonio Barbado Albaladejo

Definición.

Población a la que va dirigida.

Tipos de trastornos de ansiedad.

Signos y Síntomas más frecuentes.

Complicaciones más frecuentes.

Patrones funcionales alterados.

Desarrollo del plan de cuidados

DEFINICIÓN

La ansiedad es una respuesta normal al estrés, la preocupación o la amenaza. Se define como una sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza, acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual, con frecuencia, es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.

Sin embargo, cuando esta ansiedad es muy intensa, de larga duración o desproporcionada a la circunstancia, se convierte en una alteración importante, que puede llegar a incapacitar a la persona en el día a día.

Los trastornos de ansiedad (TA) son una forma frecuente de enfermedad mental que suelen causar una inquietud y un deterioro importantes, reduciendo la calidad de vida.

Se encuentran entre las alteraciones psiquiátricas más frecuentes en la población general, con una prevalencia total del 12-15%.

Una persona puede presentar más de un TA al mismo tiempo y, en ocasiones, éste aparece junto con otro trastorno del humor, como por ejemplo la depresión (lo que se denomina “comorbilidad”).

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDA

Pacientes diagnosticados de cualquier alteración englobada en los TA, así como que fueran diagnosticados de un cuadro maniaco-depresivo y que, en la valoración de dicho cuadro, la ansiedad haya sido predominante y prioritaria.

TIPOS DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD

TA por separación. Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativos al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de tres manifestaciones clínicas centradas en preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedarse solo en casa o rechazar ciertos lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación. El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses en adultos y de 4 semanas en niños y adolescentes.

Mutismo selectivo. Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en la que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos). Duración mínima de 1 mes (no aplicable al primer mes en que se va a escuela).

Fobia específica. Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo-ansiedad. Especificaciones en función del tipo de estímulo fóbico: Animal, Entorno natural, Sangre-heridas-inyecciones, Situacional, Otras. El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.

TA social. Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores. Especificación: Únicamente relacionada con la ejecución (en caso de que el miedo fóbico esté restringido a hablar o actuar en público). El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.

Trastorno de angustia. Presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia.

Agorafobia. Miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafobias (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa) que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza. El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.

TA generalizado. Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica. La ansiedad o preocupación deben estar presentes la mayoría de días durante un mínimo de 6 meses.

TA inducido por sustancias/medicación. El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad y en el que existen evidencias de que dichos síntomas se desarrollan durante o poco después de la intoxicación o la abstinencia de una sustancia o por la toma de medicación capaces de producir dichos síntomas. No se dan exclusivamente durante *delirium*.

TA debido a otra enfermedad médica. El cuadro clínico se caracteriza fundamentalmente por la presencia de crisis de angustia o ansiedad, con evidencias de que ello es consecuencia patofisiológica directa de otra condición médica. No se dan exclusivamente durante *delirium*.

Otros TA especificados. Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. Se especificará la razón concreta por la que no se cumplen todos los criterios diagnósticos. Se ponen como ejemplos las crisis de angustia limitadas o la ansiedad generalizada que no cumple con el criterio temporal de estar presente la mayoría de días

TA no especificado. Presencia de síntomas clínicamente significativos característicos de algún TA que no llegan a cumplir todos los criterios diagnósticos de ninguno de esos trastornos. No se especifican las causas por las que no se cumplen los criterios diagnósticos por falta de información (p.ej. en urgencias).

SINTOMATOLOGÍA MÁS FRECUENTE

- Sensación de nerviosismo, irritabilidad, agitación o tensión.
- Necesidad de evitar las situaciones que provoquen el estado de ansiedad, como la exposición a entornos sociales o contextos situacionales.
- Preocupación creciente y/o excesiva, control e hipervigilancia desajustados a la realidad.
- Percepción de desconcierto vital generalizado, con bloqueos de pensamiento e ideas rumiativas.
- Sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe.
- Dificultades para conciliar el sueño o mantenerlo.
- Sequedad bucal, mareo, tensión muscular, sudoración.
- Palpitaciones o aumento del ritmo cardíaco.
- Respiración acelerada (hiperventilación o dificultad respiratoria).
- Sudoración, temblores.
- Sensación de debilidad o cansancio.

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES

- Tendencia al aislamiento o aislamiento completo de entornos sociales y/o situacionales concretos o generalizados.
- Cronificación e instauración de patrones de preocupación y vigilancia excesivos.
- Problemas gastrointestinales secundarios al trastorno de ansiedad: estreñimiento/diarrea/náuseas, etc.
- Desarrollo e instauración de problemas de insomnio, como insomnio de conciliación, insomnio de mantenimiento, pesadillas, etc.
- Disminución de la productividad general, en el ámbito laboral, social y personal.
- Consecuencias en la esfera cognitiva: confusión, olvidos frecuentes y dificultades de concentración.
- Merma de la capacidad para solucionar problemas o para aprender algo nuevo.
- Evolución a otros problemas de la esfera emocional, como el desarrollo de trastornos depresivos.
- Uso o abuso de sustancias, alcohol u otros tóxicos para la evasión o disminución de la ansiedad o angustia.

PATRONES FUNCIONALES ALTERADOS

PATRÓN 1. PERCEPCIÓN-CONTROL DE LA SALUD

- Información que tiene de su enfermedad y percepción de la misma.
- Hábitos: consumo de alcohol, tabaco, drogas.
- Consumo de fármacos: medicación habitual.

Diagnósticos. Patrón 1

00292 Conductas ineficaces de mantenimiento de la salud

PATRÓN 2. NUTRICIONAL/METABÓLICO

- Valoramos el modelo de ingesta de sólidos y líquidos: (Si come sólo o necesita ayuda, si tiene prescrita alguna dieta especial, apetito y preferencias, modelo habitual de alimentación en su domicilio, ganancias y/o pérdidas de peso, disfagia creciente, deglución dolorosa, dolor subesternal, dolor de garganta, sensación de plenitud, pirosis, regurgitación después de las comidas, náuseas y/o vómitos, halitosis, dentición, anorexia, etc.

Diagnósticos. Patrón 2.
00134 Náuseas

PATRÓN 3. ELIMINACIÓN

- Sudoración excesiva.

Diagnósticos. Patrón 3
00013 Diarrea
00015 Riesgo de estreñimiento

PATRÓN 4. ACTIVIDAD-EJERCICIO

- vértigos y temblores.
- Sensación de ahogo y dificultad para respirar.
- Disminución de actividad general y retraso en la realización de la misma.

Diagnósticos. Patrón 4
00093 Fatiga.
00299 Riesgo de disminución de la tolerancia a la actividad

PATRÓN 5. SUEÑO-DESCANSO

- Alteraciones psicomotoras
- Dificultades de lenguaje
- Lentitud de pensamiento
- Percepción distorsionada del entorno.
- Dificultad para concentrarse y problemas de memoria (reducción rendimiento intelectual)
- Dificultad para tomar decisiones
- Anhedonia franca.

Diagnósticos. Patrón 5.
00095 Insomnio
00096 Deprivación del sueño
00165 Disposición para mejorar el sueño
00198 Trastorno del patrón del sueño

PATRÓN 6. COGNITIVO-PERCEPTIVO

- Valorar la presencia de indicadores no verbales de dolor como: expresión facial agitación, diaforesis, taquipnea, posición de defensa.

Diagnósticos. Patrón 6
00214 Disconfort
00251 Control emocional inestable

PATRÓN 7. PERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

- Problemas de conciliación del sueño al acostarse e hipersomnia durante el día
- Miedo y tristeza.
- Sensación de irrealidad o despersonalización.

Diagnósticos. Patrón 7.
00118 Trastorno de la imagen corporal
00119 Baja autoestima crónica
00124 Desesperanza
00146 Ansiedad

PATRÓN 8. ROL-RELACIONES

- Sentimientos de fracaso y miedo.
- Riesgo autolítico, presenta ideas pasivas de muerte. Relaciones personales deterioradas.
- Pérdida de relaciones sociales en diversos ámbitos por aislamiento y abandono: laboral, social, amistades.
- Deterioro de las relaciones familiares e imposibilidad para la participación en actividades lúdica.

Diagnósticos. Patrón 8
00052 Deterioro de la interacción social.
00053 Aislamiento social.
00055 Desempeño ineficaz del rol

PATRÓN 9. SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

- Dificultades para experimentar relaciones sexuales completas (anorgasmia, impotencia, disfunción eréctil)

Diagnósticos. Patrón 9
00065 Patrón sexual ineficaz.

PATRÓN 10. TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Pérdida de control cuando se enfrenta al estímulo ansiógeno.

Diagnósticos. Patrón 10
 00069 Afrontamiento ineficaz
 00158 Disposición para mejorar el afrontamiento

PATRÓN 11. VALORES-CREENCIAS

- Sufrimiento espiritual

Diagnósticos. Patrón 11
 185 Disposición para mejorar la esperanza.

DESARROLLO DEL PLAN DE CUIDADOS

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD						
COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00095	Insomnio	1850	Sueño	1850	Fomentar el sueño	<ul style="list-style-type: none"> – Regular horarios y ritmos – Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas o psicológicas que interrumpen el sueño – Facilitar y regular el mantenimiento de rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama – Higiene de sueño – Ajustar el ambiente para favorecer el sueño – Controlar la administración y efecto de los estimulantes – Comentar técnicas para favorecer el sueño
				5820	Disminuir la ansiedad	
00069	Afrontamiento ineficaz	1302	Afrontamiento de problemas	5230	Fomentar la adaptación	<ul style="list-style-type: none"> – Técnicas de respiración y relajación – Trabajar habilidades sociales – Corregir pensamientos distorsionados – Ayudar la paciente a identificar sus puntos fuertes, reforzándolos – Técnicas de resolución de problemas – Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y soluciones
				5250	Apoyo en la toma de decisiones	
				5820	Disminución de la ansiedad	

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00109	Déficit de autocuidados en el vestido	0302	Vestirse	1802	Ayuda autocuidado/vestirse arreglo personal	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer regularidad de rutinas en días y horarios
		0305	Higiene	1801	Ayuda parcial en los autocuidados: baño/higiene	
				4480	Facilitar la autoresponsabilidad	
146	Ansiedad			5820	Disminución de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer de antemano los factores que le producen estrés/ansiedad evitándolos en la medida de lo posible, y desarrollar poco a poco habilidades para poder superarlos - Conocer métodos para identificar y disminuir la ansiedad una vez que ha aparecido - Realizar relajación y respiraciones - Técnicas de control de impulsos - Facilitar la respiración lenta, profunda e intencionadamente - Reducir o eliminar estímulos que crean miedo o ansiedad - Comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante - Educación sanitaria para la ansiedad - Promover grupos de apoyo - Distracción - Aumentar el afrontamiento - Potenciación de la seguridad
				6160	Intervención en caso de crisis	
				5880	Técnicas de relajación	
				5230	Manejar el afrontamiento	
				5300	Facilitar la expresión de sentimientos de culpa	

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00055	Desempeño inefectivo del rol	1501	Desempeño de un rol	5370	Potenciación de roles	<ul style="list-style-type: none"> - El paciente asumirá constructivamente su rol de persona con limitaciones o nuevas necesidades - Enseñar a las personas implicadas en las distintas esferas sociales del paciente a manejar las situaciones
				5270	Apoyo emocional	
				5250	Apoyo en la toma de decisiones	
00276	Autogestión ineficaz de la salud.	1813	Conocimiento régimen terapéutico	4920	Escucha activa	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar psicoeducación basada en conciencia de enfermedad, tratamiento, y auto-observación de signos y síntomas - Identificación de las prácticas de salud que hay que cambiar y mantener las que sean adecuadas
				4480	Facilitar la autoresponsabilización	
00095	Insomnio	0004	Sueño	1850	Mejorar el sueño	<ul style="list-style-type: none"> - Llevar un registro diario de horas de sueño - Enseñar técnicas de inducción al sueño adecuadas (relajación, baño caliente, vaso de leche, infusiones) - Establecer programa de actividades diarias para conciliar el sueño - Dormir cada día de 8 a 9 h. ni más ni menos
				0180	Gestión de la energía	
00052	Deterioro de la interacción social	1502	Habilidades de interacción social	4362	Modificación de la conducta: Habilidades sociales.	<ul style="list-style-type: none"> - Crear un ambiente que facilite la confianza, atmósfera de aceptación, sin juicios. - Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos - Ayudar al paciente a que reconozca y reduzca las distorsiones cognitivas que bloquean la afirmación - Enfatar la importancia de la capacidad activa de enfrentarse a los problemas - Fomentar la consideración de las cuestiones y consecuencias de la conducta - Fomentar la implicación en relaciones sociales ya establecidas - Utilización intencionada de actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las capacidades sociales - Ayudar a explorar el significado personal de las actividades favoritas - Observar la situación familiar
				4340	Entrenamiento de la asertividad	
				4640	Ayuda para el control del enfado	
				5430	Grupo de apoyo	
				5440	Aumentar los sistemas de apoyo	

PROCOLOS ESPECÍFICOS DE ACTUACIÓN EN ENFERMERÍA
DE SALUD MENTAL

Protocolo para el manejo de efectos secundarios producidos por psicofármacos

D. Antonio Miguel Villalba Borrueal

Introducción.

Definición.

Población a la que va dirigido.

Objetivos.

Recursos necesarios.

Procedimiento de actuación.

Signos y síntomas a valorar e intervenciones.

INTRODUCCIÓN

En el caso del Trastorno Mental Grave, un enfoque terapéutico debe contemplar la utilización conjunta de fármacos, psicoterapia e intervenciones psicosociales si se quiere hacer un abordaje integral del caso. Una intervención multidisciplinar que incluya las diversas necesidades del paciente y posibilite, en la medida de lo posible, cubrir las áreas afectadas por la enfermedad.

No obstante, la importancia de los medicamentos es fundamental a la hora de reducir síntomas y evitar recaídas. Desde tiempos inmemoriales, el ser humano ha usado sustancias para aliviar el dolor, la melancolía, la inquietud o la ansiedad. Productos naturales como la mandrágora, el estramonio, el opio, el láudano o la rauwolfia serpentina, entre otros, se utilizaban ya en la antigüedad.

Sin embargo, la farmacología entendida como disciplina que se encarga del estudio de los efectos de sustancias en el organismo vivo, nace a mediados del siglo XIX y el término psicofarmacología es introducido por David I. Macht en el año 1920.

A mediados de mitad del siglo XX se descubren los efectos terapéuticos del Litio en el Trastorno Bipolar y unos meses después se sintetiza la Clorpromazina, primer fármaco antipsicótico que revolucionó completamente el arsenal terapéutico y abrió de par en par las puertas del tratamiento biológico de las enfermedades mentales. (López, F., & Álamo, C. 2006).

A día de hoy, los fármacos más empleados en psiquiatría pertenecen al grupo de los antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos/hipnóticos, eutimizantes y en menor medida fármacos para el tratamiento del abuso de sustancias y para el tratamiento del trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

DEFINICIÓN

Se puede definir como efecto secundario, aquel que se produce de manera no deseada, siendo habitualmente aplicado para describir los efectos adversos de un fármaco. Así, por ejemplo, en el caso de los antipsicóticos convencionales, dichos efectos vienen dados por su antagonismo sobre diversos receptores de neurotransmisores, fundamentalmente los dopaminérgicos, muscarínicos, alfa adrenérgicos y de la histamina. Así, el paciente podría presentar efectos adversos motores, acatisia, sequedad de boca, estreñimiento y con escasa frecuencia convulsiones y síndrome neuroléptico maligno. (Schatzberg, A. F., & Nemeroff, C. B.; 2006).

Con respecto a los antipsicóticos de segunda generación o atípicos, son más seguros en diversos aspectos y tienen menos efectos secundarios de forma global, pero problemas endocrinos como el síndrome metabólico o la hiperprolactinemia requieren un seguimiento especial por parte del profesional de enfermería.

En cuanto a los antidepresivos, los denominados tricíclicos pueden presentar efectos adversos derivados fundamentalmente de sus efectos anticolinérgicos (sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa) mientras que los ISRS tienen un perfil bajo de efectos secundarios, pero sí una complicación infrecuente pero grave que es el síndrome serotoninérgico. (Salazar Vallejo, M., Peralta Rodrigo, C., & Pastor Ruiz, J.; 2004).

La frecuencia e intensidad de los efectos secundarios vendrán dados principalmente por:

- Dosis administrada. A más dosis, más probabilidad de aparición de efectos adversos.
- Uso simultáneo de dos o más fármacos. Se pueden producir interacciones farmacológicas, tanto farmacocinéticas como farmacodinámicas. El resultado de la misma podrá ser un retraso en el comienzo de la acción de un fármaco, un aumento o reducción de su efecto, toxicidad o una excreción alterada.
- Sensibilidad de la persona a la acción de la sustancia.
- Individuos con insuficiencia hepática, renal o pacientes ancianos o niños.
- Embarazo.

Las consecuencias principales de la aparición de efectos no deseados son los problemas físicos que pueden acarrear y, por otra parte, que el malestar que produce es una de las causas principales por las que las personas con una enfermedad mental abandonan el tratamiento debido a la disminución en la calidad de vida que éstos producen.

Asegurar la adherencia terapéutica y observar la respuesta a su administración, así como identificar posibles efectos secundarios del tratamiento, es una de las funciones más importantes de la enfermera en salud mental.

Por ello es relevante disponer de protocolos de actuación que permitan intervenir de forma unificada cuando la persona con una enfermedad mental esté en tratamiento con psicofármacos.

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDO

Pacientes diagnosticados de una enfermedad mental que precisan tratamiento farmacológico.

OBJETIVOS

- Identificar los efectos secundarios de los diferentes grupos de psicofármacos.
- Prevenir en la medida de lo posible la aparición síntomas de los efectos secundarios.
- Identificar la gravedad de los síntomas de los efectos secundarios.
- Observar/comprobar una adecuada adherencia farmacológica.
- Reconocer los efectos secundarios característicos de los diferentes grupos de psicofármacos, valorar su aparición y realizar las intervenciones más indicadas ante dichos efectos.
- Proporcionar información suficiente y adecuada a los pacientes, que les permita detectar a tiempo los efectos secundarios de los psicofármacos y saber qué deben hacer si se presentan, contribuyendo a que se reduzca la tasa de abandono de tratamiento.
- Cumplimentar los protocolos farmacológicos correspondientes, según fármacos. Monitorizar niveles sanguíneos, si fuera preciso, de aquellos fármacos que lo requieran

RECURSOS NECESARIOS

- Protocolos de actuación según los distintos grupos de psicofármacos.
- Material clínico: Báscula, tallímetro, cinta métrica, tensiómetro, fonendoscopio.
- Material informativo para entregar al paciente sobre posibles efectos secundarios, según los distintos grupos de psicofármacos.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN

MÉTODO

- Valoración continua en la consulta de enfermería mediante observación y comunicación con el paciente de la posible aparición de síntomas de efectos secundarios a los psicofármacos.

ACTIVIDADES

- Vigilar las posibles alteraciones conductuales o fisiológicas de los pacientes. Control de constantes: peso, talla, perímetro abdominal, IMC. Solicitud de analíticas rutinarias.
- Preguntar de forma rutinaria sobre posibles efectos
- Explicar la necesidad de tomar el fármaco, de cómo actúa, ingerirlos correctamente, la aparición de efectos secundarios y cómo evitarlos o minimizarlos, cuando acudir a la enfermera o al médico en caso necesario
- Explicar la importancia de no abandonar el tratamiento como consecuencia de los efectos secundarios sin consultar previamente con la enfermera o el médico.
- Explicar la importancia de no consumir tóxicos.
- Informar sobre la necesidad de que algunos fármacos deben ser controlados periódicamente.
- Uso/preparación de pastillero si el paciente lo precisara.

SIGNOS Y SÍNTOMAS A VALORAR E INTERVENCIONES.
(AZANZA PEREA, J. R. ;2018) (STAHL, S. ;2009)

ANTIPSICÓTICOS		
EFFECTOS SECUNDARIOS	VALORACION	INTERVENCIONES
Sequedad de boca.	Subjetiva del paciente. Leve disartria.	Indicar que se pueden usar caramelos o chicles sin azúcar. Aconsejar beber pequeños sorbos de agua. Asegurar una higiene bucodental correcta.
Visión borrosa.	Subjetiva del paciente	Explicar que la visión normal se restablece en unas semanas. Evitar conducir o manejar aparatos peligrosos.
Retención urinaria. Estreñimiento. Íleo paralítico	Presencia de distensión vesical. Vigilar patrón de eliminación Dolor/pesadez abdominal.	Aconsejar ingesta adecuada de líquidos, añadir fibra a la dieta y hacer ejercicio y movilizaciones a diario.
Hipotensión ortostática.	Variación de las cifras tensionales con los cambios posturales. Sensación de mareo. Tomar T/A.	Enseñar al paciente a cambiar de postura lentamente, sobre todo al levantarse. Advertir al paciente anciano que pida ayuda para levantarse.
Arritmias. Taquicardia. Prolongación QTc	Presencia de síncope. Palpitaciones	Decir al paciente que comunique cualquier sensación de palpitaciones, mareo. En el caso de la Clozapina, riesgo potencial de miocarditis y pericarditis: suspender la dosis si el pulso es superior a 140 latidos/minuto y realizar ECG urgente. Notificar al psiquiatra. Solicitar electrocardiograma
Sedación. Somnolencia.	Dificultad para despertarse. Tendencia al sueño diurno. Marcha inestable.	Indicar que no es aconsejable conducir ni realizar actividades que requieran estar alerta.
Distonía aguda.	Espasmo muscular breve o sostenido, a menudo con movimientos anormales lentos (músculos faciales sobre todo). Crisis oculogiras.	Estar al lado del paciente para tranquilizarlo. Notificar al psiquiatra para que prescriba la medicación correspondiente y administrarla.
Acatisia.	Sensación de inquietud interior acompañada de la necesidad de moverse.	No presionar al paciente para que no se mueva, hacerle saber que entendemos su necesidad de moverse Notificar al psiquiatra para que pauté el tratamiento preciso.
Discinesia tardía	Presencia de movimientos orolinguales involuntarios. Torsión forzada del tronco Oscilación o movimiento de las caderas	Notificar al psiquiatra para que pauté el tratamiento preciso o valore cambio de tratamiento de base.

ANTIPSICÓTICOS		
EFFECTOS SECUNDARIOS	VALORACION	INTERVENCIONES
Pseudo parkinsonismo	Valorar temblor, rigidez y bradicinesia.	Tranquilizar al paciente. Notificar al psiquiatra para que pauté el tratamiento preciso.
Síndrome neuroléptico maligno.	Hipertermia, rigidez muscular e hipertensión arterial.	Suspender administración de la medicación-Notificar de forma urgente al psiquiatra.
Aumento de peso.	Pesar periódicamente.	Dieta equilibrada. Ejercicio físico moderado.
Galactorrea. Amenorrea. Ginecomastia	Medir niveles de Prolactina en sangre	Fomentar el ejercicio físico. Aumentar ingesta de pescados y lácteos. Notificar al psiquiatra para valorar cambio de tratamiento de base.
Agranulocitosis	Aparición repentina de fiebre, dolor de garganta, escalofríos, debilidad generalizada, úlceras en boca	Valorar en pacientes en tratamiento con Clozapina. Hemograma urgente. Derivación a urgencias si procede.

ELABORACIÓN PROPIA.

FUENTE: GUÍA PRÁCTICA DE FARMACOLOGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. AZANZA PEREA, J. R. (2018). PSICOFARMACOLOGÍA ESENCIAL DE STAHL. GUÍA DEL PRESCRIPTOR, STAHL, S. (2009).

ANTIDEPRESIVOS		
EFFECTOS SECUNDARIOS	VALORACION	INTERVENCIONES
Boca seca.	Subjetiva del paciente. Leve disartria.	Indicar que se pueden usar caramelos o chicles sin azúcar. Aconsejar beber pequeños sorbos de agua. Asegurar una higiene bucodental correcta.
Cefaleas.	Subjetiva del paciente.	Ambiente tranquilo. Comunicarlo para que se pauten el tratamiento oportuno.
Dificultad al orinar.	Presencia de distensión vesical.	Notificar al psiquiatra.
Estreñimiento.	Patrón eliminación c/24h. Dolor/pesadez abdominal.	Aconsejar ingesta adecuada de líquidos, añadir fibra a la dieta y hacer ejercicio y movilizaciones a diario.
Insomnio.	Patrón de sueño/descanso.	Favorecer ciclos regulares de sueño-vigilia. Disminuir la ansiedad. Mantener ambiente adecuado.
Náuseas.	Tolerancia a líquidos/sólidos	Notificar al psiquiatra
Nerviosismo. Inquietud.	Conductual.	Disminuir ansiedad con contención verbal. Notificar al psiquiatra.
Somnolencia.	Dificultad para despertarse. Tendencia al sueño diurno	Indicar que no es aconsejable conducir ni realizar actividades que requieran estar alerta
Visión borrosa. Dificultad en la acomodación visual.	Subjetiva del paciente.	Explicar que la visión normal se restablece en unas semanas. Evitar conducir.
Fotosensibilización	Reacciones fototóxicas y/o fotoalérgicas en la piel. Aparición de eccemas o quemaduras solares.	Utilizar filtros solares de elevado factor de protección. Evitar las horas de mayor exposición solar. Usar gafas y sombrero. Recomendar alimentos y suplementos dietéticos ricos en activos antioxidantes (bioflavonoides, vitaminas A, C y E)
Aumento de peso/apetito	Control de peso.	Dieta equilibrada. Ejercicio físico moderado.
Disfunción sexual	H: retraso de la eyaculación H/M: disminución de la libido. Anosgarmia	Determinar la duración de la disfunción sexual y las posibles causas. Derivación para valorar uso de medicamentos que potencien la capacidad de desempeñar el papel sexual,
Síndrome serotoninérgico	Ansiedad, agitación. Taquicardia, hipertensión Vómitos, diarrea Hipertonía muscular Fiebre > 38°C	Suspensión inmediata de todos los fármacos serotoninérgicos. Notificar de forma urgente al psiquiatra.

ELABORACIÓN PROPIA.

FUENTE: GUÍA PRÁCTICA DE FARMACOLOGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. AZANZA PEREA, J. R. (2018). PSICOFARMACOLOGÍA ESENCIAL DE STAHL. GUÍA DEL PRESCRIPTOR, STAHL, S. (2009).

Vigilar estrechamente al paciente durante los primeros 15 días del tratamiento antidepresivo. La desaparición rápida de la inhibición sin haber variado el humor, incrementa el riesgo de suicidio.

ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO		
EFFECTOS ECUNDARIOS	VALORACION	INTERVENCIONES
LITIO		
Confusión.	Nivel de conciencia.	Orientar en la realidad. Comunicarlo al psiquiatra.
Diarrea.	Patrón de eliminación diario.	Forzar ingesta hídrica. Dieta astringente. Comunicar por riesgo de intoxicación.
Disartria.	Dificultad para hablar.	Explicar que disminuye con el tiempo. No presionar al paciente. Utilizar medios para facilitar la comunicación.
Temblor distal.	Aparición del efecto.	Explicar que puede disminuir con el tiempo. Notificar al psiquiatra.
Arritmias. Miocarditis	Presencia de síncope. Palpitaciones Dolor precordial.	Notificar al psiquiatra. Solicitar electrocardiograma
Hipotiroidismo iatrogénico	Aumento de peso. Fatiga.	Solicitar analítica con hormonas tiroideas.
Poliuria. Polidipsia. Polifagia	Aumento de la ingesta de sólidos y líquidos. Aumento de la diuresis	Dieta equilibrada. Limitar consumo de líquidos. Control de electrolitos en sangre.
Diabetes insípida nefrogénica	Patrón de eliminación de líquidos. Espasmos musculares.	Notificar al psiquiatra
Riesgo de intoxicación.	Factores predisponentes: deshidratación, hiponatremia Presencia de temblor exacerbado, mioclonías, ataxia, diarrea profusa	Notificar al psiquiatra y derivar a urgencias
ANTIEPILÉPTICOS		
Sedación	Dificultad para despertarse. Tendencia al sueño diurno.	Indicar que no es aconsejable conducir ni realizar actividades que requieran estar alerta
Temblor distal.	Aparición del efecto.	Explicar que puede disminuir con el tiempo. Notificar al psiquiatra
Aumento de peso/ apetito	Control del peso.	Recomendar práctica de actividad física. Dieta equilibrada.
Aumento de enzimas hepáticas	Sensación de cansancio. Náuseas. Vómitos. Disminución del apetito.	Control analítico de la función hepática
Riesgo de intoxicación	Inquietud, letargia, sedación excesiva, hipotensión, náuseas, vómitos	Notificar al psiquiatra y derivar a urgencias

BENZODIACEPINAS		
EFFECTOS SECUNDARIOS	VALORACION	INTERVENCIONES
Enlentecimiento psicomotor.	Bradilalia, bradipsiquia y bradicinesia.	Explicar que disminuye con el tiempo. Estimular al paciente.
Sedación. Somnolencia.	Dificultad para despertarse. Tendencia al sueño diurno. Marcha inestable.	Indicar que no es aconsejable conducir ni realizar actividades que requieran estar alerta.
Trastornos de la memoria.	Subjetiva del paciente. Conductual.	Orientar en las actuaciones al paciente. Comunicar al psiquiatra.

ELABORACIÓN PROPIA.

FUENTE: GUÍA PRÁCTICA DE FARMACOLOGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. AZANZA PEREA, J. R. (2018). PSICOFARMACOLOGÍA ESENCIAL DE STAHL. GUÍA DEL PRESCRIPTOR, STAHL, S. (2009).

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON PSICOFÁRMACOS

COD	DIAGNÓSTICO	COD	RESULTADOS	COD	INTERVENCIÓN	ACTIVIDADES
00293	Disposición para mejorar la autogestión de la salud	1623	Conducta de cumplimiento: medicación prescrita	5616	Enseñanza: medicamentos prescritos	<ul style="list-style-type: none"> – Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. – Instruir al paciente acerca de la posología, vía y duración de los efectos de cada medicamento. – Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento. – Informar al paciente sobre posibles interacciones entre fármacos y alimentos, según corresponda. – Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. – Observar si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación. – Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos. – Vigilar los niveles séricos (electrolitos, protrombina, medicamentos), si procede. – Observar si se producen interacciones farmacológicas no terapéuticas. – Facilitar los cambios de medicación con el médico, si procede. – Desarrollar estrategias para controlar los efectos secundarios de los fármacos. – Explicar al paciente y/o a los familiares la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación.
		1808	Conocimiento: medicación	2380	Manejo de la medicación	<ul style="list-style-type: none"> – Determinar los riesgos de salud del paciente, según corresponda. – Determinar la presencia de elementos de alerta del paciente para una respuesta inmediata (p. ej., alteraciones de los signos vitales, frecuencia cardíaca elevada o disminuida, presión arterial elevada o disminuida, disnea, baja saturación de oxígeno a pesar de aumentar su aporte, alteración del nivel de consciencia, crisis comiciales repetidas o prolongadas, dolor torácico, cambios agudos del estado mental, o sensación del personal de enfermería o del paciente de que «algo va mal»). – Recuperar e interpretar los datos de laboratorio. – Observar si hay signos y síntomas de desequilibrio hidroelectrolítico. – Monitorizar los signos vitales, según corresponda.
00037	Riesgo de intoxicación	1902	Control del riesgo	6650	Vigilancia	<ul style="list-style-type: none"> – Identificar los riesgos biológicos, ambientales y conductuales, así como sus interrelaciones. – Determinar el cumplimiento de los tratamientos médicos y de enfermería. – Instruir sobre los factores de riesgo y planificar la reducción del riesgo.
				6610	Identificación de riesgos	<ul style="list-style-type: none"> – Monitorizar los resultados secuenciales de los análisis para ver las tendencias y los cambios llamativos.
00296	Riesgo de síndrome metabólico	2300	Nivel de glucemia	7690	Interpretación de datos de laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> – Determinar los riesgos de salud del paciente, según corresponda. – Observar la capacidad del paciente para realizar las actividades de autocuidado. – Recogida de peso, talla, perímetro abdominal y tensión arterial. – Aplicar protocolos para detección de Síndrome Metabólico.
		0804	Función metabólica			
		0802	Signos vitales	6650	Vigilancia	<ul style="list-style-type: none"> – Comentar con el individuo la relación que hay entre la ingesta de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso. – Determinar la motivación del individuo para cambiar los hábitos en la alimentación.
		1006	Peso: masa corporal	1260	Manejo del peso	

Dra. Pilar Caminero Luna

Introducción, proceso y conceptos.

Factores de riesgo y señales de alerta.

Mitos y actuaciones aconsejadas.

Relación terapéutica. Barreras en la comunicación.

Propuesta de plan de cuidados de enfermería en el riesgo de ideación y de comportamiento suicida.

INTRODUCCIÓN, PROCESO Y CONCEPTOS

El suicidio constituye uno de los problemas de mayor impacto en la salud pública mundial (WHO, 2000). Asimismo, estas mismas fuentes estiman un incremento, en torno a 1.5 millones, para el año 2020. (Departamento de salud y toxicología, 2000)

En España, datos aportados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) sitúan, desde el año 2008, al suicidio como primera causa no natural de defunción, por encima de las muertes por accidentes de tráfico.

El suicidio es un fenómeno de origen multifactorial, que no se puede atribuir a una sola causa, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales. Los trastornos mentales, especialmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol son un importante factor de riesgo de suicidio en Europa y América del Norte.

Los datos disponibles ponen de manifiesto que el mejor factor predictor de riesgo de futuro suicidio consumado en población general es la existencia de Tentativas de Suicidio (TS) previas (Oquendo et al., 2006). Por otra parte, el riesgo de repetición de una TS, tras admisión en un servicio de urgencia hospitalario, es alrededor del 25% (Beautrais, 2004). Por lo cual, para evitar nuevos intentos, resulta prioritaria la detección, con el fin de realizar una intervención que permita mantener un contacto activo y continuado con el paciente.

En este sentido, el abordaje multidisciplinar es fundamental, siendo uno de los objetivos principales incrementar la detección precoz de los pacientes con ideación, planificación o comportamiento suicida desde los diferentes niveles asistenciales con especial hincapié en la coordinación entre los mismos. Esto es apoyado por un reciente meta-análisis llevado a cabo por Inagaki et al., (2015) donde se pone de manifiesto que el contacto activo con los pacientes tras la realización de una TS y las intervenciones que facilitan su seguimiento son efectivas a la hora de reducir el riesgo de repetición dentro de los 12 meses siguientes. Además, diferentes autores arrojan la importancia de la figura enfermera en la prevención del suicidio y el diagnóstico precoz a través de los indicadores suicidas.

El profesional de enfermería tiene un papel de suma relevancia en el abordaje de los pacientes con riesgo de suicidio. Su privilegiada posición de cercanía le convierte en un profesional clave, en cuanto al diagnóstico precoz de los indicadores suicidas y el abordaje posterior.

El papel de enfermería especialista en los dispositivos sanitarios con respecto a la prevención de los trastornos mentales es de suma importancia (Fornés V, 2008), Concretamente en la prevención de suicidio cobra especial relevancia integrada desde los modelos de colaboración, tales como el Chronic Care Model. Las care managers (Calderón C, 2014) son enfermeras espe-

cializadas que asumen nuevas competencias, como la gestión de casos (intervención enfermera NIC: 7320) que garantizan la continuidad de cuidados referidos a la persona, al cuidador y al entorno; que coordinan e integran la asistencia internivel e interprofesional y que prestan cuidados de alta complejidad dentro del ámbito multidisciplinar (Fraile M, 2015) siendo esto un factor de protección y preventivo en la conducta suicida.

Los profesionales de enfermería con actitudes seguras y comprensivas influyen positivamente en la calidad de los cuidados y el pronóstico de los pacientes (Hidalgo M, 2017). Concretamente en la prevención del suicidio las enfermeras que poseen un mayor grado de formación en salud mental y un alto nivel de inteligencia emocional se demuestran asociados a una actitud más positiva hacia el paciente con comportamiento suicida (Carmona MC, 2012).

Los profesionales sanitarios han de conocer todo el proceso que transcurre en la persona con riesgo, desde los factores predisponentes, relacionados, hasta la consumación del acto, así como conocer las actuaciones enfermeras oportunas en cada fase o momento.

La enfermera utilizará estrategias que guíen al paciente hacia la expresión de las emociones y los pensamientos que rodean la situación.

La relación terapéutica con técnicas de comunicación asertiva y el desarrollo de competencias emocionales facilitarán el abordaje de las personas con depresión y riesgo suicida.

El plan de cuidados de enfermería ayudará a fortalecer los factores de protección y luchar contra los factores de riesgo. La calidad y continuidad en los cuidados de enfermería sólo puede garantizarse bajo una aproximación científica, por lo que es necesaria más investigación y formación al respecto.

PROCESO Y CONCEPTOS

El suicidio es la acción que uno mismo realiza con la intención de acabar con su vida y que conlleva a la muerte. Es un final abrupto a la vida y la forma más extrema en que la gente responde a una angustia insoportable. La enfermera tiene que entender esto desde el punto de vista del paciente y plantear el abordaje sin juzgar ni culpabilizar («Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour», s. f.).

El suicidio no está considerado como una patología en sí mismo, sino la consecuencia de un conjunto de síntomas, factores relacionados y predisponentes que pueden llevar a una alteración psicopatológica y que desde la perspectiva enfermera, adquieren una especial relevancia a la hora de establecer un abordaje preventivo que se ha de establecer en todo el proceso y en la progresión ocurrida desde incluso antes que aparezca la ideación autolítica.

En pocas ocasiones se produce un intento autolítico de forma directa sin pasar por una serie de fases. Habitualmente el suicidio consumado se genera de forma progresiva, a lo que se ha llamado escala suicida (Megías Lizancos y Serrano Parra, 2018) siguiendo el esquema de la figura siguiente.

PROGRESIÓN EN LA CONDUCTA SUICIDA



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA (ADAPTACIÓN DEL LIBRO: MEGÍAS LIZANCOS Y SERRANO PARRA (2018) ENFERMERÍA EN PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL II (PP. 598-600). BARCELONA: DEE EDITORIAL

A continuación, se irán explicando las distintas fases en la escala de la conducta suicida que aparecen en la figura anterior:

1. FACTORES PREDISPONENTES

Son aquellas situaciones, circunstancias, lugares, antecedentes, personas o características de personalidad que llevan al individuo a pensar que su vida no tiene sentido y su cometido en ella, es inútil. Puede expresarse de múltiples formas, como apatía, tristeza, sentimiento culpa, inutilidad, impotencia, baja autoestima, anhedonia, desesperanza, gestión ineficaz de la salud y desmotivación (Caminero L, 2012). Suele manifestarse en la expresión facial, el llanto, insomnio, disfunción interna, inquietud, pesimismo, miedo, alteración en el apetito y hábitos alimenticios, falta de atención, aislamiento, afrontamiento inefectivo de problemas, lenguaje enlentecido, donde casi todas estas manifestaciones son características en el proceso depresivo.

2. IDEAS DE MUERTE

Se refiere al pensamiento en cómo sería la propia muerte y que sucedería en su entorno familiar y de amigos, si uno se muriera. En presencia de psicopatología como en los trastornos depresivos, esta idea se produce de forma obsesiva y ocupa un tiempo importante en el pensamiento de la persona

3. IDEAS DE SUICIDIO

El sujeto que anteriormente pensaba que estaría mejor muerto y que esta muerte mejoraría la situación del entorno, pasa a pensar en cómo morir. Las ideas de suicidio primarias se diferencian de las ideas de muerte, en que se piensa en dar un paso más para terminar con su vida (Jordan M, 2019)

La ideación suicida son los “deseos, pensamientos y planes para cometer un acto suicida. (Recomendaciones para la detección de riesgo de suicidio y prevención de conductas suicidas en UHBs, 2016), Erguiluz (1995) las define como aquellos pensamientos intrusivos y repetitivos sobre la muerte auto infringida, sobre las formas deseadas de morir y sobre los objetos, circunstancias y condiciones en que se propone morir. Pérez (1999) define la ideación suicida considerando una serie de pautas como la preocupación autodestructiva, planeación de un acto letal y el deseo de muerte.

Comunicación suicida se llama al acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida. La comunicación suicida es un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y el plan suicida. En esta categoría, se incluyen aquellas comunicaciones verbales o no verbales, que pueden tener intencionalidad, pero no producen lesiones. Existen dos tipos de comunicación suicida:

- **Amenaza suicida:** acto interpersonal, verbal o no verbal, que podría predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.
- **Conducta parasuicida:** aquellas autoagresiones o automutilaciones que muchos pacientes llevan a cabo (por ejemplo, cortes en la piel) sin la finalidad de producir la muerte.
- **Gesto suicida:** conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona desea utilizar la aparente intencionalidad de morir con alguna finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinfligida no intencionada).

4. PLANIFICACIÓN SUICIDA

Es la propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.

5. INTENTO DE SUICIDIO

Definido como la acción orientada a provocar la propia muerte que no logra su objetivo. Conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte.

En esta etapa del proceso, la observación de los profesionales de enfermería y la presencia son de suma importancia, puesto que muchos sujetos vuelven a intentar acabar con su vida mientras se encuentran siendo atendidos o al cabo de poco tiempo de haber fracasado su intento. (El 30-40% de las muertes por suicidio son precedidas por intentos de suicidio). (*Guía para la detección y prevención de la conducta suicida, dirigida a profesionales sanitarios, 2014*)

6. SUICIDIO

Se consuma la muerte autoinfligida con evidencia implícita o explícita de que la persona tenía intencionalidad de autoprovocársela.

Es preciso conocer la progresión de las ideas y conductas en el suicidio que permita reducir la intencionalidad, así como aportar recursos para que el paciente sea capaz de controlar esas ideas, además de aportar soporte en el entorno familiar en evitar nuevos intentos autolíticos

FACTORES DE RIESGO Y SEÑALES DE ALERTA

La identificación de los factores de riesgo disminuye el nivel de riesgo suicida. El riesgo aumenta proporcionalmente al número de factores presentes, si bien algunos tienen un peso específico mayor que otros.

Entre los más relevantes son:

- Padecer un trastorno psiquiátrico (el principal factor de riesgo para el suicidio es la depresión y en especial poseer mala adherencia).
- Antecedentes de intentos y tentativas previos (alrededor del 50% de actos consumados tienen intentos previos)
- Historia familiar con antecedentes suicidas
- Edad (a mayor edad más riesgo); Sexo (Mayor incidencia en varones, aunque en las mujeres existe mayor tasa de ideación suicida)
- Factores sociales: aislamiento, soledad, pérdida de rol o estatus social; desempleo.
- Factores sanitarios: dolor crónico, enfermedad terminal
- Factores psicológicos: sentimientos de fracaso personal, indefensión y desesperanza frente a la vida y su futuro. Altos niveles de impulsividad, agresividad y baja tolerancia a la frustración
- Otros Factores que incrementan el riesgo: letalidad del método empleado (fármacos, armas de fuego, ahorcamiento, etc.); Baja probabilidad de ser descubierto; Existencia de un

plan detallado; Existencia de nota de despedida; Ausencia de crítica del intento; Escasos proyectos de futuro; Expresión de deseos de morir

Es de suma importancia considerar todas aquellas señales que alertan a los profesionales sobre el riesgo suicida. (*Recomendaciones para la detección de riesgo de suicidio y prevención de conductas suicidas en UHBs, 2016*)

SEÑALES DE ALERTA VERBALES	SEÑALES DE ALERTA NO VERBALES
Comentarios o verbalizaciones negativas sobre sí mismo o sobre su vida	Cambio repentino en su conducta
<p>“No valgo para nada”.</p> <p>“Esta vida es un asco”.</p> <p>“Mi vida no tiene sentido”.</p> <p>“Estaría mejor sin mí”.</p> <p>“Soy una carga para todo el mundo”.</p> <p>“Toda mi vida ha sido inútil”.</p> <p>“Estoy cansado de luchar”.</p> <p>“Lo mío no tiene solución”.</p> <p>“Quiero terminar con todo”.</p> <p>“Las cosas no van a mejorar nunca”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento significativo de la irascibilidad, irritabilidad • Ingesta de bebidas alcohólicas en cantidades superiores a las habituales y con una frecuencia inusual. • Periodo de calma y tranquilidad repentino cuando previamente ha presentado gran agitación. (Considerar esta situación como una mejoría podría ser un error; puede constituir una señal de peligro de riesgo inminente) • Aparición de laceraciones recientes en alguna de parte del cuerpo. • Regalar objetos muy personales, preciados y queridos. • Cerrar asuntos pendientes. Preparación de documentos para cuando uno no esté (p.e. testamento, seguro de vida, etc.).
<p>Comentarios o verbalizaciones relacionadas con el acto suicida o la muerte:</p> <p>“Me gustaría desaparecer”.</p> <p>“Quiero descansar”.</p> <p>“No deseo seguir viviendo”.</p> <p>“Me pregunto cómo sería la vida si estuviese muerto”.</p> <p>“Quiero quitarme la vida, pero no sé cómo”.</p> <p>“Nadie me quiere y es preferible morir”.</p> <p>“No merece la pena seguir viviendo”.</p> <p>Después de pensar mucho ya sé cómo quitarme de en medio”</p> <p>Despedidas verbales o escritas: “Quiero que sepas que en todo este tiempo me has ayudado mucho”.</p>	

MITOS Y ACTUACIONES ACONSEJADAS

La presencia de estigma con respecto al suicidio conduce a la marginación y la discriminación con claros efectos perjudiciales para los pacientes, familiares y sociedad («Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour», s. f.).

Existen ideas erróneas al respecto, que la población, incluidos los profesionales de enfermería mantienen y que son necesarios superar para la práctica profesional de calidad:

ERRORES EN TORNO AL SUICIDIO

- Creer que todas las personas que lo dicen hacer, al final no lo comenten
- Despreciar el comportamiento manipulador

- Subestimar la tentativa de suicidio
- Creer que la mejoría tras una crisis significa que ya no hay riesgo
- Creer que, si una persona toma la decisión de matarse, nada podrá impedirselos
- No hablar ni comentar con la persona sus pensamientos, por miedo
- Que solo las personas que está muy grave se suicida

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA ACONSEJADAS

Si una persona le comunica a la enfermera que va a realizar un acto suicida se recomiendan las siguientes actuaciones:

- Mantener la calma sin subestimar la situación.
- Buscar ayuda. No tratar de manejar la crisis solo ni poner en peligro su propia salud o seguridad.
- Nunca dejar sola a la persona, hasta que esté seguro de que ésta se encuentra en manos de profesionales adecuados. Si tiene que irse, asegúrese que otro profesional pueda permanecer con la persona hasta que ésta pueda recibir ayuda. La enfermera debe proporcionar *cuidados de seguridad* («Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour», s. f.).
 - ◊ Asegurar que los medicamentos no estén al alcance ni existen objetos potencialmente lesivos.
 - ◊ Si está en el Hospital, propiciar habitación sin riesgos de cortarse o colgarse. Explicar al paciente que recibirá protección hasta que sea capaz de resistir los impulsos suicidas. Dar seguridad.
- En primer lugar establecer una relación TERAPÉUTICA Y CERCANA (aspecto que se desarrollara posteriormente).
- Comunicarlo al médico o al equipo de intervención de crisis.
- No prometer confidencialidad. Probablemente se tenga que hablar con el médico de la persona con el fin de protegerla de ella misma.
- Informar al paciente en todo momento de las medidas a adoptar.
- Observación continua
- Traslado hospitalario si: el paciente no cuenta con vigilancia en domicilio o existe compromiso orgánico.
- Indagar en pacientes deprimidos o que súbitamente mejoran, puesto que es posible que resolvieron sus problemas decidiendo suicidarse.
- Preguntar a la familia sobre la conducta del paciente en caso de que éste no hable sobre su potencial suicida.
- Por ningún motivo el paciente potencialmente autodestructivo debe abandonar el servicio de urgencias sin ser evaluado por psiquiatría.
- Establecer un contrato verbal y escrito con el paciente para que no abandone el servicio de urgencias ni se haga daño.

Una persona que pide ayuda porque no tiene ganas de vivir, no necesita vigilancia (NIC 6650) ni inmovilización (NIC 0910), necesita Presencia (NIC 5340), Escucha activa (NIC 4920) y apoyo emocional (NIC 5270)

RELACIÓN TERAPÉUTICA. BARRERAS EN LA COMUNICACIÓN

Pueden enumerarse múltiples factores de protección a la hora de la valoración del riesgo suicida, tales como apoyo sociofamiliar, autoconfianza, sentido de pertenencia, habilidades de afrontamiento, control de la impulsividad, positiva autoestima y una buena comunicación con los profesionales («Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour», s. f.).

Se sabe que una relación terapéutica positiva de parte de la enfermera, tiene un efecto protector contra los comportamientos suicidas (NZGG, 2003).

Los sentimientos propios de la enfermera hacia la muerte y el suicidio, influenciada por el estigma social, puede suponer un obstáculo por sí mismo para establecer una adecuada relación terapéutica y realizar una correcta intervención (Mondéjar O, 2017). Por lo que las enfermeras deben tener conocimientos específicos y habilidades adquiridas al respecto.

Las técnicas de comunicación son tan diversas como las propias situaciones. Es importante comprender que el paciente es una confluencia de distintos factores, entre los que se cuentan la edad y el sexo, la cultura, las creencias y valores, la educación recibida y sus experiencias. (Womble D, 2012)

Los intentos eficaces de comunicación se apoyan en la voluntad del paciente de revelar información personal y en la naturaleza de su problema. Así, el objetivo es utilizar técnicas que guíen al paciente hacia la expresión de las emociones y los pensamientos que rodean la situación:

- Tomar en serio todas las amenazas suicidas, incluso si parecen manipuladoras.
- Escuchar atentamente. Mantener contacto visual. Utilizar lenguaje corporal, como acercarse a la persona o tomar su mano, si se considera conveniente. Escuchar y ponerse a disposición. Si la persona quiere hablar, entonces preguntar directamente sobre las ideas de suicidio; las personas suicidas generalmente sienten alivio al preguntarles sobre esto.
- Usada con eficacia, la comunicación abre la puerta al desarrollo de la relación terapéutica y ayuda a los pacientes a alcanzar sus objetivos de mejoría.
- No disuadir el paciente de sus intenciones ni proponerle que hable de algo distinto del suicidio.
- Hacer preguntas directas. Averiguar si la persona tiene un plan específico para el suicidio. Determinar, si puede, qué método de suicidio está considerando.
- Reconocer los sentimientos de la persona. Mostrarse comprensivo, no crítico ni argumentante. No liberar a la persona de la responsabilidad de sus acciones.
- La enfermera utilizara un abordaje basado en la resolución de problemas.
- Transmitir tranquilidad. Poner énfasis en que “el suicidio es una solución permanente a un problema temporal”, recordando a la persona que hay ayuda y que todo puede mejorar. La enfermera ha de fomentar la esperanza
- El tono de voz y la forma de hablar pueden transmitir un mensaje de atención y preocupación o uno de intimidación y condescendencia.
- El silencio funcional permite que el paciente recupere la compostura u ordene sus pensamientos, y es un modo de demostrar respeto y atención a lo que tiene que decir.
- La escucha activa y la actitud franca son elementos cruciales para proyectar autenticidad y voluntad de ayudar al paciente. El contacto visual debe ser intermitente y atento, evitando mirar fijamente hasta llegar a la intimidación.
- El personal de enfermería debe ser consciente de los manierismos que puedan comportar un efecto no terapéutico. Muchos pacientes no confían en nadie, especialmente en las personas con autoridad.

- Las preguntas cerradas, suelen poner al paciente a la defensiva o desaprobar sus afirmaciones son posibles formas de impedir el intercambio comunicativo.
- Las afirmaciones que menosprecian al paciente e interponen las opiniones o valoraciones del profesional de enfermería no son terapéuticas. La enfermera trabajara con el paciente para disminuir los sentimientos de culpa, pena, asociados con el suicidio y la enfermedad mental

Para que el paciente se sienta comprendido y escuchado se recomiendan las **TECNICAS DE COMUNICACIÓN VERBAL EFECTIVAS**, tales como la Clarificación, el señalamiento, la reformulación, la facilitación, el silencio funcional, la disponibilidad y el refuerzo de la realidad.

La enfermera debe tener en cuenta las **BARRERAS QUE IMPIDEN LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA**, tales como:

- Discusión
- Desaprobación
- Dar consejos
- Falso consuelo
- Preguntar porque
- Preguntas cerradas
- Cambiar de tema
- Restar importancia o subestimar
- Centrar la atención en el profesional de enfermería
- Usar estereotipos

QUE QUIEREN LAS PERSONAS AL BORDE DEL SUICIDIO	QUE NO QUIEREN LAS PERSONAS AL BORDE DEL SUICIDIO
Que alguien les escuche	Quedarse solos
Alguien en quien confiar y les de seguridad	Recibir consejos
Alguien que se preocupe	Ser interrogados

PROPUESTA DE PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL RIESGO DE IDEACIÓN Y DE COMPORTAMIENTO SUICIDA

La calidad y continuidad en los cuidados de enfermería con respecto al riesgo suicida, sólo puede garantizarse bajo una aproximación científica, la metodología enfermera, que, se desarrolla en cada una de las fases

La utilización de las taxonomías redunda en la calidad de los cuidados de enfermería en el abordaje del suicidio.

Valoración

Una visión holística puede revelar aspectos disfuncionales, así como conocer la progresión del proceso de la enfermedad, las ideas y conductas suicidas.

Los datos proceden de diferentes fuentes: primarias (el propio usuario) y secundarias (familia, allegados, registros clínicos, profesionales de la salud mental y otros documentos) (Tipo de evidencia IV. «Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour», s. f.).

Al realizar la valoración se pueden obtener dos tipos de datos: objetivos (exploración física, resultados de analíticas) y subjetivos (referidos por el usuario, su familia o personas allegadas).

Durante la fase de valoración la enfermera se tomará seriamente cualquier afirmación realizada por un paciente que indique, sea directa o indirectamente, sus deseos de morir suicidándose, y/o toda información disponible que indique riesgo de suicidio (Tipo de evidencia III. «Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour», s. f.).

La utilización de instrumentos de valoración puede ser una herramienta útil en la valoración del riesgo de suicidio. La literatura científica describe algunas herramientas como eficaces para la valoración del riesgo de suicidio y con utilidad en la práctica clínica enfermera, como: la escala de SAD PERSONS, la Escala Mini Entrevista Neuropsiquiatría Internacional Riesgo de Suicidio, la valoración enfermera global del riesgo de suicidio (NGASR) (Cutcliffe, 2004).

VALORACIÓN ENFERMERA GLOBAL DEL RIESGO DE SUICIDIO (NGASR)

VARIABLE PREDICTIVA	VALOR
PRESENCIA / INFLUENCIA DE LA DESESPERANZA	3
SUCESO ESTRESANTE RECIENTE (P.E. PÉRDIDA DEL TRABAJO, PREOCUPACIONES ECONÓMICAS, PENDIENTE DE JUICIO)	1
EVIDENCIA DE CREENCIAS / VOCES PERSECUTORIAS	1
EVIDENCIA DE DEPRESIÓN / PÉRDIDA DE INTERÉS O PÉRDIDA DEL PLACER	3
EVIDENCIA DE ABSTINENCIA	1
AVISO DE INTENCIÓN DE SUICIDIO	1
EVIDENCIA DE UN PLAN PARA SUICIDARSE	3
HISTORIA FAMILIAR DE PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS GRAVES O SUICIDIO	1
DUELO RECIENTE O RUPTURA DE UNA RELACIÓN	3
ANTECEDENTES DE PSICOSIS	1
VIUDO/A	1
INTENTO PREVIO DE SUICIDIO	3
HISTORIA DE PRIVACIÓN SOCIOECONÓMICA	1
HISTORIA DE CONSUMO O ABUSO DE ALCOHOL	1
PRESENCIA DE ENFERMEDAD TERMINAL	1
TOTAL	

Niveles de riesgo y niveles de compromiso sugerido* (Barker, 2005)

- *Puntuación de cinco o menor: Nivel bajo de riesgo. Nivel de compromiso: 4 (compromiso sobre una base diaria estructurada).*
- *Puntuación de seis y ocho: Nivel de compromiso: 3 (compromiso formal por lo menos tres veces al día-mañana, tarde y noche).*

- Puntuación entre nueve y once: Nivel de riesgo elevado. Nivel de compromiso: 2 (apoyo regular del equipo de enfermería durante el día o la noche (por ejemplo, aproximadamente cada 15 minutos, variando entre 10 y 20 minutos).
- Puntuación doce o mayor: Nivel de riesgo muy elevado.

Nivel de compromiso: 1 (acceso constante a la enfermera u otro profesional de soporte.

Asimismo, las listas de verificación (Ver Tabla siguiente) pueden ser instrumentos de utilidad para la detección en los distintos ámbitos de la red de salud mental que orienten a las intervenciones específicas en enfermería a través de las taxonomías de enfermería.

LISTA DE VERIFICACIÓN: FACTORES RELACIONADOS CON EL RIESGO DE SUICIDIO

N.º de intentos previos	<ul style="list-style-type: none"> • Si • Cuántos. • No
Autocontrol de impulsos	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica sentimientos que conducen acciones impulsivas • No es capaz de identificar situaciones impulsivas • Identifica de conductas impulsivas perjudiciales. • No identifica conductas impulsivas perjudiciales
Deseo de vivir	<ul style="list-style-type: none"> • Expresión de determinación de vivir. • No quiere vivir • Expresión de optimismo. • Todo es negativo
Afrontamiento de problemas	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza estrategias. • No tiene recursos estratégicos • Adopta conductas para reducir estrés • No Adopta conductas para reducir estrés
Autopercepción	<ul style="list-style-type: none"> • Baja Autoestima. • Insatisfacción Personal.
Adaptación	<ul style="list-style-type: none"> • Alterado, el nivel de adaptación a la frustración. • Bajo nivel de adaptación a la frustración • Solución inadecuada a los problemas. • Expresiones de incapacidad a pedir ayuda. • Muestra signos en petición de ayuda
Estado Anímico	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Temor • Depresión

Interpretación de la lista de verificación de los factores relacionados con el riesgo de suicidio.

15 ítems marcados en rojo ALTO RIESGO
 9 a 14 RIESGO IMPORTANTE

Si bien los dominios disfuncionales son variables en función de las características individuales de cada paciente y la gravedad del mismo, se puede describir una estimación de los principales indicadores claves disfuncionales en pacientes con riesgo de suicidio.

INDICADORES DISFUNCIONALES SEGÚN DOMINIOS

DOMINIOS	INDICADORES CLAVES DISFUNCIONALES
1. Promoción de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Aspecto general descuidado • Actitud y conducta de no aceptación del problema • Indicaciones terapéuticas no aceptadas por desesperanza • Aumento de las molestias físicas asociadas a conflictos emocionales • Conductas de riesgo • Hábitos tóxicos
2. Nutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Alteración del IMC • Alteración del apetito • Somatizaciones digestivas con presencia de náuseas y/o vómitos
3. Eliminación	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación intestinal alterada • Eliminación cutánea aumentada en presencia de ansiedad
4. Actividad-reposo	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta motriz: inhibición y/o agitación • Expresión facial: tensión, tembloroso, perplejo • Verbalización/observación de falta de energía física y/o emocional • Falta de interés por las actividades relacionadas con los autocuidados • Alteración del ritmo circadiano • Percepción subjetiva de mala calidad del sueño
5. Percepción-cognición	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la capacidad de concentración y de memoria • Dificultad del lenguaje • Pensamiento con ideas repetitivas de autolesión y suicidio, muerte • Lenguaje escaso, tono bajo e incluso hostil • Dificultad para la toma de decisiones • Dificultad en la planificación de las actividades
6. Autopercepción	<ul style="list-style-type: none"> • Reactividad emocional: desde labilidad hasta nula emotividad • Disminución de la autoestima • Alteraciones sensorio-perceptivas • Pensamiento distorsionado • Alteración de la imagen corporal • Autodescripción negativa • Negativa autoevaluación general y de competencias • Desesperanza. Verbaliza ideas de suicidio
7. Rol-relaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción insatisfactoria de rol y responsabilidades • Conflicto funcionamiento/relaciones familiares y sociales • Relaciones disfuncionales • Pérdida de interés en sus relaciones sociales • Tendencia al aislamiento social
8. Sexualidad	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida del interés • Dificultad para experimentar relaciones sexuales completas • Sentimiento de soledad y carencia afectiva
9. Afrontamiento y tolerancia al estrés	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad rasgo y estado • Percepción de bajo o nulo control de los impulsos • Sensación de incapacidad para afrontar los problemas • Emociones contenidas de alejamiento y huida. • Estrategias desadaptativas
10. Principios vitales	<ul style="list-style-type: none"> • Ambivalencia en la toma de decisiones que afectan valores y/o creencias personales
11. Seguridad y protección	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de lesionarse/lesionar a otros • Ideas o intentos de suicidio • Historia de intentos previos • Verbalización de intenciones • Lenguaje corporal

DIAGNÓSTICO

El modelo recomendado para la práctica clínica en los distintos dispositivos de la red de salud mental para el abordaje de pacientes con clínica de ideación suicida es el Modelo Bifocal de Carpenito, en el que se considera que las enfermeras intervienen en dos tipos de situaciones clínicas:

- Problemas que se previenen, reducen o solucionan con intervenciones primarias de enfermería.
- Problemas que para su solución definitiva requieren ser tratados por otro profesional. Se trata de problemas de colaboración o complicaciones potenciales.

PLANIFICACIÓN

Se deberán movilizar los recursos basándose en el tipo de riesgo de suicidio obtenido en la valoración y las necesidades asociadas a este (Tipo de evidencia IV. «Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour», s. f.). El objetivo de la movilización de recursos es la estabilización del riesgo inmediato y manejo de los síntomas para el riesgo suicida continuado.

Para la determinación de las prioridades, hay que considerar varios aspectos entre los que se encuentran la urgencia o gravedad de la ideación suicida, la necesidad de ayuda y el impacto clínico en la persona.

Para determinar las intervenciones correctamente se debe considerar el estado psicopatológico del usuario, el contexto y la capacidad de intervención sobre el riesgo suicida.

EJECUCIÓN

Puesta en marcha del plan de cuidados de enfermería para lograr los resultados establecidos, siendo los resultados principales el autocontrol de impulso suicida, autocontrol del pensamiento distorsionado y el deseo de vivir, entre otros. En esta etapa, la enfermera suele enfrentarse a muchos retos, ya que el comportamiento suicida, el estado de ánimo, la afectividad o la cognición de los usuarios puede experimentar muchos cambios, a menudo imprevistos. Además, habrá que mantenerse alerta para establecer una relación de confianza, promover los puntos fuertes del usuario y establecer objetivos mutuos para promover su bienestar.

EVALUACIÓN

La evaluación es un proceso continuo y formal. Es una valoración cuidadosa y deliberada de los distintos aspectos del cuidado del usuario, es la clave de la excelencia en la provisión de los cuidados de salud en la prevención de riesgo de ideación y comportamiento suicida. La enfermera se cerciorará que la observación y el seguimiento terapéutico reflejen el cambio en el riesgo de suicidio del paciente (Tipo de evidencia IV. «Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour», s. f.)

CUIDADOS DE ENFERMERÍA: NANDA/NOC/NIC

A continuación, se describe la interrelación NANDA/NOC/NIC de los principales diagnósticos de enfermería implicados en el abordaje de la prevención del riesgo de suicidio en el paciente con depresión. (Zurrón y Caminero, Libro blanco 2020).

CÓDIGO		DIAGNÓSTICO		DEFINICIÓN	
NANDA		Riesgo de Conducta Suicida		Susceptible de actos autolesivos asociados a intención de morir.	
00289		FACTORES DE RIESGO			
CONDUCTUALES	PSICOLÓGICOS	SITUACIONALES	SOCIALES	VERBALES	Otros
<ul style="list-style-type: none"> - Acúmulo de medicamentos - Cambiar el testamento - Cambio notable de actitud - Cambio notable de conducta - Cambio notable en el rendimiento académico - Compra de un arma de fuego - Donar las posesiones - Hacer testamento - Impulsividad - Recuperación eufórica súbita de una depresión grave 	<ul style="list-style-type: none"> - Culpabilidad - Mal uso de sustancias 	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso a armas - Pérdida de autonomía - Pérdida de independencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Asilamiento social - Alteración de la vida familiar - Apoyo social insuficiente - Desesperanza - Dificultades legales - Duelo - Indefensión - Pérdidas de relaciones significativas - Problemas de disciplina - Soledad - Suicidios en grupo 	<ul style="list-style-type: none"> - Amenazas de matarse - Manifiesta dese de morir 	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor crónico

NOC		CÓDIGO	RESULTADO DEL PACIENTE	DEFINICIÓN
	1408		Autocontrol del impulso suicida	Acciones personales para contener acciones e intentos de suicidio
CÓDIGO		INDICADORES. Escala: desde nunca demostrado hasta siempre demostrado.		
140805		Verbaliza control de impulsos		
140823		Obtiene ayuda cuando es necesario		
140812		Mantiene el autocontrol sin supervisión		
140822		Hace planes para el futuro		
140813		No intenta suicidarse		

NOC		CÓDIGO	RESULTADO DEL PACIENTE	DEFINICIÓN
	1403		Autocontrol del pensamiento distorsionado	Autorrestricción de la alteración de la percepción, procesos del pensamiento y pensamiento
CÓDIGO		INDICADORES. Escala: desde nunca demostrado hasta siempre demostrado.		
140303		No responde a alucinaciones o ideas delirantes		
140307		Solicita ratificación de la realidad		
140313		Expone un contenido del pensamiento adecuado		

NOC		CÓDIGO	RESULTADO DEL PACIENTE	DEFINICIÓN
		1206	Deseo de vivir	Deseo, determinación y esfuerzo para sobrevivir
CÓDIGO		INDICADORES. Escala: desde gravemente comprometido hasta no comprometido.		
120602		Expresión de esperanza		
120609		Utiliza estrategias para mejorar la salud		
120601		Expresión de determinación de vivir		

NOC		CÓDIGO	RESULTADO DEL PACIENTE	DEFINICIÓN
		1902	Control del riesgo	Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir las amenazas para la salud que son modificables.
CÓDIGO		INDICADORES. Escala: desde nunca demostrado hasta siempre demostrado.		
190201		Reconoce factores de riesgo personales		
190204		Desarrolla estrategias de control de riesgo efectivas		
190208		Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo		

NIC		CÓDIGO. INTERVENCIONES E ENFERMERÍA	
		6487 Manejo ambiental: prevención de la violencia	5330 Control del estado de ánimo
		4370 Entrenamiento para controlar los impulsos	4354 Manejo de la conducta autolesión
		6340 Prevención del suicidio	6650 Vigilancia
		8190 Seguimiento telefónico	5310 Dar esperanza
		6510 Manejo de las alucinaciones	6450 Manejo de las ideas delirantes
		7120 Movilización familiar	6610 Identificación de riesgos

CÓDIGO		DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN
NANDA	00140	Riesgo de violencia autodirigida	Susceptible de tener conductas que demuestren que una persona puede ser física, emocional y/o sexualmente lesiva para sí mismas
	Factores de riesgo		Problemas asociados
<ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento social - Conflictos en las relaciones interpersonales - Conflictos sobre la orientación sexual - Ideas suicidas - Plan suicida - Preocupación laboral - Recursos personales insuficientes - Señales conductuales de intentos de suicidio - Señales verbales de intentos de suicidio 	<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes de múltiples intentos suicidas - Edad ≥45 años. Edad 15-19 años - Estado civil - Ocupación - Patrón de dificultades en el entorno familiar - Adolescencia - Adolescentes que viven en entornos no tradicionales - Adultos mayores - Antecedentes de abuso infantil - Antecedentes de intento de suicidio - Antecedentes familiares de suicidio - Divorciados - En desventaja económica - Etnia caucásica. Etnia indio-americana - Género masculino. Adultos jóvenes - Institucionalización - Joven homosexual - Jubilación - Traslados - Viudedad - Vivir solo 	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de salud física - Enfermedad terminal - Trastornos psiquiátricos 	

NOC	CÓDIGO	RESULTADO DEL PACIENTE	DEFINICIÓN
	1405	Autocontrol de los impulsos	Autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo
CÓDIGO	INDICADORES. Escala: desde nunca demostrado hasta siempre demostrado.		
140501	Identifica conductas impulsivas		
140512	perjudiciales Mantiene el autocontrol sin supervisión		

NOC	CÓDIGO	RESULTADO DEL PACIENTE	DEFINICIÓN
	1403	Autocontrol del pensamiento distorsionado	Autorrestricción de la alteración de la percepción, procesos del pensamiento y pensamiento
CÓDIGO	INDICADORES. Escala: desde nunca demostrado hasta siempre demostrado.		
140303	No responde a las alucinaciones o ideas		
140307	delirantes Solicita la ratificación de la realidad		
140313	Expone un contenido del pensamiento apropiado		

NOC	CÓDIGO	RESULTADO DEL PACIENTE	DEFINICIÓN
	1406	Autocontrol de la mutilación	Acciones personales para reprimir las lesiones autoinfringidas intencionadas (no letales)
CÓDIGO	INDICADORES. Escala: desde nunca demostrado hasta siempre demostrado.		
140606	No se autolesiona		
140613	Utiliza estrategias efectivas de afrontamiento		
140608	Obtiene ayuda cuando es necesario		

NOC		CÓDIGO	RESULTADO DEL PACIENTE	DEFINICIÓN
	1214		Nivel de agitación	Gravedad de las manifestaciones de los trastornos fisiológicos y conductuales del estrés o desencadenantes bioquímicos
CÓDIGO		INDICADORES. Escala: desde grave hasta ninguno.		
121401	Dificultad para procesar la			
121402	información Inquietud			
121409	Se resiste a la ayuda			
NIC		CÓDIGO.INTERVENCIONES E ENFERMERÍA		
	6650	Vigilancia		
	4370	Entrenamiento para controlar los impulsos		
	6510	Manejo de las alucinaciones Intervenciones centrales*		
	6487	Manejo ambiental: prevención de la violencia		
	4354	Manejo de la conducta: autolesión		
	6450	Manejo de las ideas delirantes		

NANDA		CÓDIGO	DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN
		00124	Desesperanza	Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar la energía en su propio provecho
Características definitorias				
				Factores relacionados
-	Pasividad			- Restricción de la actividad prolongada
-	Disminución de las emociones			- Deterioro de la afección fisiológica
-	Disminución de la iniciativa			- Estrés crónico
-	Cambios en el patrón de sueño			- Pérdida de confianza en los valores trascendentales

NOC		CÓDIGO	RESULTADO DEL PACIENTE	DEFINICIÓN
		1201	Esperanza	Optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante
CÓDIGO				
120101	Expresión de una orientación futura positiva			120105 Expresión de significado de la vida
120102	Expresión de confianza			120106 Expresión de optimismo
120103	Expresión de ganas de vivir			120111 Demostración de entusiasmo por la vida
120104	Expresión de razones para vivir			

NOC		CÓDIGO	RESULTADO DEL PACIENTE	DEFINICIÓN
		1208	Nivel de depresión	Intensidad de la melancolía y de la pérdida de interés por los acontecimientos
CÓDIGO				
				INDICADORES. Escala: desde grave hasta ninguno.
120801	Estado de ánimo deprimido			120806 Fatiga
120802	Pérdida de interés por las actividades			120835 Pensamientos recurrentes de muerte
120804	Concentración alterada			120836 Pensamientos recurrentes de suicidio
120805	Expresión de culpa inapropiada o excesiva			120825 Escasa higiene/cuidado personal

A fin de simplificar el plan de cuidados, se han agrupado en un solo epígrafe denominado “Intervenciones centrales” que agrupa las siguientes intervenciones NIC en la prevención del suicidio.

Intervenciones centrales. NIC	
5250 Apoyo en la toma de decisiones	5380 Potenciación de la seguridad 5230 Aumentar el afrontamiento
4360 Modificación de la conducta	7140 Apoyo a la familia (Estimulación de los valores, intereses y objetivos familiares)
4420 Acuerdo con el paciente	5240 Asesoramiento
5606 Enseñanza: individual	4920 Escucha activa
5440 Aumentar los sistemas de apoyo	4380 Establecer límites
5270 Apoyo emocional	4 480 Fomentar la autoresponsabilidad
5400 Potenciación de la autoestima 5340 Presencia	6340 Prevención de suicidio
5310 Dar esperanza	5330 Control del humor

Guía de actuación en el tratamiento de antipsicóticos inyectables de liberación prolongada

D. Antonio Miguel Villalba Borrueal

Introducción.

Población a la que va dirigido.

Objetivo general.

Objetivos específicos.

Procedimiento de actuación.

Instrucciones al paciente.

INTRODUCCIÓN

Las presentaciones de antipsicóticos de depósito o inyectables de larga duración son parte importante del conjunto terapéutico. Bien porque el propio paciente prefiere una administración de semanas frente a la toma diaria o bien porque no muestra la adherencia farmacológica adecuada y presenta recaídas frecuentes de su enfermedad de base.

La zona de administración suele ser el deltoides o el glúteo, con preferencia de rotación.

A día de hoy, tenemos un antipsicótico inyectable de larga duración de primera generación, zuclopentixol; y tres de segunda generación, risperidona, paliperidona y aripiprazol. Su mecanismo de acción es similar a las formulaciones por vía oral.

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDO

La medicación inyectable de larga duración debería reservarse para dos grupos. En primer lugar, para aquellos que optan clara y voluntariamente por esta vía de administración. Los medicamentos inyectables de segunda generación son preferibles debido a su mejor tolerabilidad y un menor riesgo de discinesia tardía. En segundo lugar, para aquellos que, a pesar de una serie de intervenciones psicosociales integrales destinadas promover la adaptación y la adherencia, repetidamente fracasan en adherirse a la medicación necesaria y presentan recaídas frecuentes. Esto resulta aún más urgente cuando las consecuencias de las recaídas son graves e implican un riesgo sustancial tanto para el paciente como para otros. (Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo)

OBJETIVO GENERAL.

Conseguir una estabilidad del cuadro psicopatológico.

Conseguir la mayor adherencia farmacológica posible.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fomentar la adherencia al tratamiento y asegurar su cumplimiento.
- Valoración del estado clínico del paciente en el tiempo, con respecto a la sintomatología psicótica previa.

- Mejorar la calidad de vida del paciente.
- Mejorar la funcionalidad del paciente.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN

DERIVACIÓN AL PROGRAMA

- El psiquiatra derivante pondrá por escrito la indicación del tratamiento requerido a enfermería.
- Presentación del paciente por parte del terapeuta al responsable del protocolo de seguimiento

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Se realizará la valoración protocolaria por patrones funcionales.

INTERVENCIÓN

INICIO DEL TRATAMIENTO.

- Antes de iniciar cualquier tratamiento inyectable de larga duración deberá hacerse una prueba en su presentación por vía oral, de tal forma que se confirme la tolerabilidad del fármaco y la ausencia de efectos adversos que impidan su uso.
- Informar al paciente sobre la necesidad de una correcta adherencia farmacológica. El cumplimiento errático o abandono puede incrementar el riesgo de recaída.

PARA RISPERIDONA INYECTABLE DE LARGA DURACIÓN QUINCENAL

- Una vez comprobada tolerabilidad a risperidona por vía oral, se recomienda iniciar tratamiento de la siguiente manera:
 - ◊ Los pacientes tratados con dosis de 4 mg o menores de risperidona oral deben recibir 25 mg de risperidona inyectable, mientras que, para los pacientes tratados con dosis orales superiores se debe valorar dosis inyectable de 37,5.
 - ◊ Tras la primera inyección de risperidona inyectable se debe garantizar una cobertura antipsicótica suficiente con risperidona oral o el antipsicótico utilizado previamente durante las tres primeras semanas.
 - ◊ Durante el ajuste, el incremento de dosis no se debe hacer con una frecuencia inferior a 4 semanas. El efecto de este ajuste de dosis no se debería evaluar antes de que trascurren 3 semanas después de la primera inyección con la nueva dosis más alta

PARA PALIPERIDONA INYECTABLE DE LARGA DURACIÓN MENSUAL

- Una vez comprobada tolerabilidad a paliperidona por vía oral, se recomienda iniciar tratamiento con una dosis de 150 mg en el día 1 y 100 mg siete días después (para evitar omisión de dosis hay un margen de ± 4), ambos administrados en el músculo deltoides para alcanzar concentraciones terapéuticas rápidamente. La tercera dosis se debe administrar un mes después de la segunda dosis de inicio, indistintamente en deltoides o glúteo.

Omisión de segunda dosis de inicio (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2021)

Si han transcurrido menos de 4 semanas desde la primera inyección, administrar al paciente la segunda inyección de 100 mg en el músculo deltoides tan pronto como sea posible. Administrar una tercera inyección de paliperidona inyectable mensual de 75 mg en el músculo deltoides o en el glúteo 5 semanas después de la primera inyección (independientemente del momento en el que se haya administrado la segunda inyección). A partir de entonces, se debe seguir el ciclo normal de inyecciones mensuales, ya sea en el músculo deltoides o en el glúteo.

Si han transcurrido entre 4 y 7 semanas desde la primera inyección, reanude la administración con dos inyecciones de 100 mg de la siguiente manera: una inyección en el deltoides tan pronto como sea posible y una segunda inyección en el deltoides una semana más tarde. A partir de entonces, se debe seguir el ciclo normal de inyecciones mensuales, ya sea en el músculo deltoides o en el glúteo.

Si han transcurrido más de 7 semanas desde la primera inyección, inicie la administración según las pautas recomendadas para la iniciación de paliperidona inyectable mensual recogidas anteriormente.

PARA PALIPERIDONA INYECTABLE DE LARGA DURACIÓN TRIMESTRAL

- Los pacientes que estén adecuadamente tratados con palmitato de paliperidona inyectable mensual (preferiblemente durante cuatro meses o más) y no requieran ajuste de dosis pueden ser cambiados a la inyección trimestral de palmitato de paliperidona. Debe ser iniciado en sustitución de la siguiente dosis programada de inyectable mensual (\pm 7 días). La dosis se debe basar en la dosis previa de palmitato de paliperidona inyectable mensual, utilizando una dosis 3,5 veces más alta.

PARA ARIPIPRAZOL INYECTABLE DE LARGA DURACIÓN MENSUAL

- La dosis inicial puede administrarse siguiendo una de las dos pautas siguientes:
 - ◊ Inicio con una inyección: Administrar una inyección de 400 mg de aripiprazol inyectable y continuar el tratamiento con entre 10 mg y 20 mg diarios de aripiprazol oral durante 14 días consecutivos para mantener las concentraciones terapéuticas de aripiprazol.
 - ◊ Inicio con dos inyecciones: Administrar dos inyecciones separadas de 400 mg de aripiprazol inyectable en lugares de inyección separados, junto con una dosis de 20 mg de aripiprazol oral.
- Posteriormente administrar una vez al mes como inyección única (no antes de 26 días después de la inyección previa).

Omisión de segunda o tercera dosis de inicio (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2021).

Momento de la dosis omitida	Acción
Si la 2.^a o 3.^a dosis es omitida y el período desde la última inyección es de:	
> 4 semanas y < 5 semanas	Se debe administrar la inyección lo antes posible y luego retomar el programa mensual de inyecciones
> 5 semanas	Se debe recomenzar aripiprazol oral concomitante durante 14 días con la siguiente inyección administrada o dos inyecciones separadas administradas al mismo tiempo, junto con una dosis única de 20 mg de aripiprazol oral. Reanudar programa de inyecciones mensuales.

FUENTE: FICHA TÉCNICA. AEMPS

PARA ZUCLOPENTIXOL INYECTABLE

- Cambio de zuclopentixol oral a zuclopentixol decanoato:
 - ◊ × mg/día por vía oral equivalen a 8x mg de decanoato de zuclopentixol cada 2 semanas.
 - ◊ × mg/día por vía oral equivalen a 16x mg de decanoato de zuclopentixol cada 4 semanas.
- El zuclopentixol oral debe continuarse durante la primera semana después de la primera inyección, pero a dosis disminuida.

MANTENIMIENTO DEL TRATAMIENTO

- Monitorización del peso e IMC mensual.
- Analítica anual que incluya hemograma, perfil renal, hepático, lipídico y glucosa.
- Determinar prolactina en caso de risperidona y paliperidona.
- Administración indistinta en deltoides o glúteo. En el caso de zuclopentixol, administrar en glúteo.
- Toma de constantes (T/A, pulso y temperatura). Si la T/A sistólica es inferior a 90 mm Hg consultar a su psiquiatra la conveniencia de la administración. Lo mismo si apareciera una taquicardia/bradicardia inusual.
- Valorar la administración en presencia de fiebre. Descartar presencia de abscesos o signos de infección en el lugar de la punción.

OMISIÓN DE DOSIS DE MANTENIMIENTO

- **Paliperidona inyectable mensual:** Si han transcurrido más de 6 semanas y menos de 6 meses desde la última inyección de paliperidona inyectable mensual, la recomendación es la siguiente:

Para los pacientes estabilizados con dosis de 50 a 100 mg administrar una inyección en el deltoides tan pronto como sea posible, de la misma dosis en la que el paciente se estabilizó previamente y una segunda inyección en el deltoides (misma dosis) una semana más tarde. Posteriormente, reanudación del ciclo normal de inyecciones mensuales, ya sea en el músculo deltoides o en el glúteo.

Para los pacientes estabilizados con 150 mg. una inyección en el deltoides tan pronto como sea posible, de una dosis de 100 mg y una segunda inyección en el deltoides una semana más tarde de una dosis de 100 mg. Posteriormente, reanudación del ciclo normal de inyecciones mensuales, ya sea en el músculo deltoides o en el glúteo.

Si han transcurrido más de 6 meses desde la última inyección, iniciar la administración según las pautas recomendadas para la iniciación de paliperidona inyectable mensual recogidas anteriormente.

- **Paliperidona inyectable trimestral:** Si han transcurrido menos de 4 meses desde la última inyección de paliperidona inyectable trimestral se administrará la inyección lo antes posible y a continuación se reanudará el calendario de inyecciones trimestrales.

Si han transcurrido entre 4 y 9 meses, se seguirá la pauta recomendada en la tabla siguiente:

Si la última dosis de paliperidona inyectable trimestral fue de	Se administrarán dos dosis de palmitato de paliperidona inyectable mensual con un intervalo de una semana (en el deltoides)		A continuación se administrará paliperidona inyectable trimestral (en el deltoides o el glúteo)
	Día 1	Día 8	1 mes después del día 8
175 mg	50 mg	50 mg	175 mg
263 mg	75 mg	75 mg	263 mg
350 mg	100 mg	100 mg	350 mg
525 mg	100 mg	100 mg	525 mg

FUENTE: FICHA TÉCNICA. AEMPS

Si han transcurrido más de 9 meses desde la última inyección. Se reiniciará el tratamiento con palmitato de paliperidona inyectable mensual y posteriormente se podrá reanudar la administración de paliperidona inyectable trimestral después de que el paciente haya sido tratado adecuadamente con la formulación inyectable mensual de palmitato de paliperidona preferiblemente durante cuatro meses o más

- **Aripiprazol inyectable mensual:**

Dosis omitidas	
Momento de la dosis omitida	Acción
Si la 4 a dosis o las siguientes son omitidas (ej. después de lograr un estado estacionario) y el período desde de la última inyección es:	
> 4 semanas y < 6 semanas	Se debe administrar la inyección lo antes posible y luego reiniciar el programa de inyecciones mensuales.
> 6 semanas	Se debe reiniciar el aripiprazol oral de forma concomitante durante 14 días, con la siguiente inyección o dos inyecciones separadas administradas al mismo tiempo, junto con una dosis única de 20 mg de aripiprazol oral. El programa de inyecciones mensuales debe entonces reanudarse.

FUENTE: FICHA TÉCNICA. AEMPS

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS (AZANZA PEREA, J. R.;2018).

- Depresores del SNC: Potenciación de efectos sedantes.
- Antihipertensivos: Elevación niveles risperidona
- Antidepresivos: Algunos ISRS producen aumento de niveles del antipsicótico. Los AD tricíclicos aumentan niveles de zuclopentixol.
- Estatinas: Se han descrito casos de rabdomiolisis en tratamiento con risperidona y paliperidona.
- Carbamazepina: Disminuye niveles de antipsicótico
- Rifampicina: Disminuye niveles de antipsicótico.
- AntiH2: Disminución de niveles de aripiprazol.

TIEMPO REQUERIDO

Con la Valoración y Plan de cuidados: 40 minutos

Seguimiento y administración del fármaco: 20 minutos

CRITERIO DE ALTA

Finalización del tratamiento con antipsicóticos inyectables de larga duración.

Abandono del tratamiento.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

La alianza terapéutica es fundamental en el tratamiento de cualquier enfermedad crónica, de tal forma que se asegure una correcta adherencia farmacológica, entre otras.

Al comienzo del tratamiento se explicará las características de la guía de seguimiento del inyectable de larga duración.

- Entregar una tarjeta con la cita correspondiente, de tal forma que quede reflejada la fecha de cada administración.
- Si el paciente no acudiese a la cita hay que intentar contactar con él/la en su entorno familiar o social manteniendo la confidencialidad ética profesional. Si no acude ponerlo en conocimiento del psiquiatra.
- Si el paciente mostrara temor ante el inyectable, ofrecer administrarlo en decúbito prono.
- Establecer un ambiente relajado.

D. Antonio Miguel Villalba Borrue

Introducción.

Población a la que va dirigido.

Objetivo general.

Objetivos específicos.

Procedimiento de actuación.

Instrucciones al paciente.

INTRODUCCIÓN

La clozapina fue el primer fármaco antipsicótico de los denominados de segunda generación, debido a su perfil de actuación. Posee una acción bloqueante débil sobre los receptores dopamínicos (D1, D2, D3 y D5), pero muestra potentes efectos sobre el receptor D4. Además, tiene un potente efecto antiadrenérgico, anticolinérgico y antihistamínico. También ha demostrado poseer propiedades antiserotonérgicas, lo que puede contribuir a mejorar los síntomas cognitivos y afectivos.

Debido al potencial para producir agranulocitosis y miocarditis, su uso está limitado a situaciones clínicas específicas.

Es uno de los antipsicóticos que menos efectos extrapiramidales produce, aunque en el lado negativo está el aumento de peso significativo y alteración en el metabolismo lipídico.

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDO

Su uso está restringido a pacientes con esquizofrenia resistentes a tratamiento o que presenten reacciones adversas neurológicas graves y no tratables con otros fármacos antipsicóticos, incluyendo un antipsicótico atípico. También está aprobado su uso en pacientes con psicosis y enfermedad de Párkinson cuando han fallado otros tratamientos.

La resistencia al tratamiento se define como la ausencia de mejoría clínica satisfactoria a pesar de haber utilizado como mínimo dos tratamientos diferentes con antipsicóticos, incluyendo un antipsicótico atípico, a las dosis adecuadas y durante el tiempo adecuado.

OBJETIVO GENERAL

Conseguir la estabilidad psicopatológica del paciente con psicosis.

Detección precoz de problemas orgánicos derivados del tratamiento con clozapina.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Evaluar la respuesta al tratamiento.

- Fomentar la adherencia al tratamiento.

- Cumplimentación del seguimiento analítico según protocolo.
- Valoración de los efectos secundarios (hipotensión transitoria, aumento de peso, sialorrea, somnolencia y sedación, estreñimiento, taquicardia...).
- Prevenir aparición de Síndrome Metabólico.
- Educación del paciente y la familia sobre el tratamiento.
- Planificar y explicar calendario de analíticas.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN

DERIVACIÓN AL PROGRAMA

El psiquiatra derivante pondrá por escrito la indicación del tratamiento requerido a enfermería. Presentación del paciente por parte del terapeuta al responsable del protocolo de seguimiento.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Se realizará la valoración protocolaria por patrones funcionales.

INTERVENCIÓN

ADVERTENCIA DE USO (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios 2021)

Clozapina puede producir agranulocitosis. Su uso debe limitarse a pacientes: que inicialmente presenten valores normales de leucocitos (recuento leucocitario $\geq 3500/\text{mm}^3$, y recuento absoluto de neutrófilos, $\geq 2000/\text{mm}^3$, y a los que se les pueda realizar regularmente recuentos leucocitarios y recuentos absolutos de neutrófilos como se indica a continuación: semanalmente durante las primeras 18 semanas de tratamiento y al menos una vez cada 4 semanas durante el tiempo que continúe el tratamiento. Los controles han de continuar durante todo el tratamiento y durante 4 semanas tras la interrupción completa del mismo. Los médicos prescriptores deben cumplir con todas las medidas de seguridad establecidas. En cada visita debe recordarse al paciente en tratamiento con CLOZAPINA que contacte con su médico de inmediato si empieza a desarrollar cualquier tipo de infección. Debe prestarse especial atención a síntomas de tipo gripal tales como fiebre o dolor de garganta y a cualquier evidencia de infección que pueda ser indicativa de neutropenia. Clozapina debe dispensarse bajo estricto control médico de acuerdo con las recomendaciones oficiales.

El uso de clozapina está asociado con un aumento del riesgo de miocarditis, que en casos raros ha tenido un desenlace fatal. El aumento del riesgo de miocarditis es mayor durante los 2 primeros meses de tratamiento. Raramente también se han comunicado casos fatales de cardiomiopatía

Debe sospecharse la aparición de miocarditis o cardiomiopatía en pacientes que experimentan taquicardia persistente en reposo, especialmente en los primeros dos meses de tratamiento y/o palpitaciones, arritmias, dolor torácico y otros signos y síntomas de insuficiencia cardíaca (p.ej. fatiga sin causa aparente, disnea, taquipnea) o síntomas similares a los de infarto de miocardio.

Si se sospecha la aparición de miocarditis o cardiomiopatía, el tratamiento con clozapina debe interrumpirse rápidamente y remitir al paciente inmediatamente al cardiólogo.

Los pacientes que presenten miocarditis o cardiomiopatía inducidas por clozapina no deben volver a ser expuestos al fármaco.

INICIO DEL TRATAMIENTO

- Informar al paciente sobre la necesidad de una correcta adherencia farmacológica. El cumplimiento errático o abandono puede incrementar el riesgo de recaída.
- Informar sobre efectos secundarios y síntomas de agranulocitosis y miocarditis y cómo proceder.
- Antes de instaurar el tratamiento farmacológico se solicitará:
 - ◊ Analítica completa que incluirá hemograma. El inicio del tratamiento se restringirá a aquellos pacientes con recuento leucocitario igual o superior a 3500/mm³ y un recuento absoluto de neutrófilos de, al menos, 2.000/mm³.
 - ◊ Registro de T/A, pulso, temperatura, peso y altura.
 - ◊ Electrocardiograma.
- El inicio se hará con 12.5 mg una o dos veces el primer día y de 25 una o dos veces el segundo, con el fin de conseguir hasta 300 mg en 2-3 semanas. A partir de ese momento ajustar según clínica.

MANTENIMIENTO

- Monitorización del peso, perímetro abdominal e IMC.
- Control de tensión arterial y pulso. Vigilar hipotensión ortostática.
- Vigilar frecuencia de deposiciones.
- Vigilar aparición de fiebre.
- Observar el desarrollo de Síndrome Metabólico.
- Hemogramas según protocolo. Bioquímica incluyendo glucosa, perfil hepático y perfil lipídico cada 3 meses el primer año y posteriormente al menos anual.
- Control de niveles séricos una vez conseguida estabilización y diez días después de cada cambio de dosis. Tener en cuenta que la cafeína aumenta los niveles en sangre y que el tabaco los disminuye.

IMPORTANTE: Debido a la gravedad de los efectos secundarios hematológicos derivados del tratamiento con clozapina, las siguientes medidas de precaución son obligatorias y deberán realizarse de acuerdo con las recomendaciones oficiales:

- *INICIO:* Monitorización del recuento de leucocitos y neutrófilos semanales durante las primeras 18 semanas del tratamiento.
- *MANTENIMIENTO:* Monitorización del recuento de leucocitos y neutrófilos mensuales y durante 4 semanas tras la interrupción completa del mismo.

Recuento hematológico		Acción requerida
Recuento leucocitario/mm ³	Recuento absoluto de neutrófilos/mm ³	
> 3500	> 2000	Continuar el tratamiento con clozapina.
Entre ≥ 3000 y <3500	Entre ≥1500 y <2000	Continuar el tratamiento con clozapina, toma de análisis bisemanal hasta que el recuento se estabilice o aumente
<3000	<1500	Interrumpir inmediatamente el tratamiento con clozapina, análisis diario hasta que se resuelva la anomalía hemática, controlar una posible infección. No reexponer al paciente.
Si se ha suspendido el tratamiento con Leponex y se produce un descenso posterior del recuento leucocitario por debajo de 2000/mm ³ o el recuento absoluto de neutrófilos desciende por debajo de 1000/mm ³ el manejo de esta incidencia debe ser supervisado por un hematólogo experimentado.		

FUENTE: FICHA TÉCNICA. AEMPS

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

- Antidepresivos: Paroxetina, Fluoxetina, Duloxetina pueden aumentar los niveles de clozapina
- Anticolinérgicos: La clozapina aumenta los efectos de los fármacos anticolinérgicos.
- Antipsicóticos de larga duración: No se recomienda el uso concomitante.
- Benzodiazepinas: Clozapina aumenta los efectos depresores en el SNC.
- Carbamazepina: Disminuye los niveles plasmáticos de clozapina.
- Litio: Aumento del riesgo de Síndrome Neuroléptico Maligno
- Antihipertensivos: Clozapina puede aumentar sus efectos.
- Omeprazol: Disminuye los niveles plasmáticos de clozapina.
- Digoxina: Clozapina puede aumentar los niveles de digoxina en sangre.
- Tiempo requerido.
- Con la Valoración y Plan de cuidados: 40 minutos.
- Seguimiento: 20 minutos.

CRITERIO DE ALTA

Finalización del tratamiento con clozapina.
Abandono del tratamiento.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

La alianza terapéutica es fundamental en el tratamiento de cualquier enfermedad crónica, de tal forma que se asegure una correcta adherencia farmacológica, entre otras.

- Vigilancia de aparición de fiebre, dolor de garganta o cualquier signo de infección. Informar inmediatamente.

- Si el paciente tiene dificultades para recordar la toma de la medicación valorar la utilización de pastillero semanal.
- Deberán realizarse las analíticas correspondientes según protocolo. En el caso de niveles plasmáticos deberán trascurrir 12 horas desde la toma nocturna del medicamento y la extracción sanguínea.
- Llevar una dieta sana y hacer ejercicio de forma regular, sobre todo ante aumento de peso.
- Vigilancia de la T/A Al comienzo del tratamiento puede aparecer hipotensión ortostática, en especial durante la primera semana del tratamiento y primera hora de la mañana y en personas de edad más avanzada Realizar cambios posturales gradualmente.
- Puede aparecer estreñimiento. Realizar dieta adecuada, ejercicio, aumento en la ingesta de líquidos y valorar por su médico de atención primaria el uso de laxantes.
- La presencia de sialorrea es frecuente. Si es demasiado intensa valorar inyecciones de bótox en glándulas salivares.
- Regulación de las tomas de medicación. Si suspende bruscamente el tratamiento y no es superior a 48 horas, reiniciará el tratamiento con la misma dosis. Si el tiempo de interrupción es superior a 48 horas comunicar al psiquiatra para el reinicio paulatino del tratamiento.

D. Antonio Miguel Villalba Borrueal

Introducción.

Población a la que va dirigido.

Objetivo general.

Objetivos específicos.

Procedimiento de actuación.

Instrucciones al paciente.

INTRODUCCIÓN

El litio es un mineral, que, en su forma de carbonato de litio, se utiliza especialmente para el tratamiento del Trastorno Bipolar, siendo el medicamento de primera elección en los episodios maníacos y como terapia de mantenimiento.

Su mecanismo de actuación es desconocido, aunque se sabe que altera el transporte del sodio a través de las membranas celulares y el metabolismo de los neurotransmisores.

Requiere un seguimiento continuo y protocolizado por su estrecho margen terapéutico y por la gravedad de sus efectos secundarios. La intoxicación por litio es una urgencia médica.

No se une a proteínas plasmáticas, no se metaboliza y se excreta fundamentalmente de forma inalterada a través de la orina.

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDO

Personas que cursan con Trastorno Bipolar y están en tratamiento con Carbonato de Litio, tanto en fases maníacas como depresivas y como mantenimiento para evitar la recurrencia.

OBJETIVO GENERAL

Conseguir la estabilidad del estado de ánimo a través del correcto del tratamiento.

Detección precoz de problemas orgánicos derivados del tratamiento con litio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fomentar la adherencia al tratamiento y detectar su cumplimiento.
- Prevenir una intoxicación.
- Valorar los efectos secundarios (diarreas, temblor de manos, polidipsia y poliuria, hipotiroidismo, etc.).
- Evaluar el estado de ánimo.
- Educación del paciente y la familia sobre el tratamiento.
- Planificar y explicar calendario de analíticas.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN

DERIVACIÓN AL PROGRAMA

- El psiquiatra derivante pondrá por escrito la indicación del tratamiento requerido a enfermería.
- Presentación del paciente por parte del terapeuta al responsable del protocolo de seguimiento.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Se realizará la valoración protocolaria por patrones funcionales.

INTERVENCIÓN (AEMPS)

(PLAN DE CALIDAD PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DEL MINISTERIO DE SANIDAD, 2012)

INICIO DEL TRATAMIENTO

- Informar al paciente sobre la necesidad de una correcta adherencia farmacológica. El cumplimiento errático o abandono puede incrementar el riesgo de recaída maniaca.
- Antes de instaurar el tratamiento farmacológico se solicitará:
 - ◊ Análítica que deberá incluir hemograma, función renal, incluyendo creatinina sérica y urea, electrolitos, calcio y función tiroidea
 - ◊ Registro de T/A, pulso, temperatura, peso y altura.
- Realizar electrocardiograma en pacientes con enfermedad cardiovascular o factores de riesgo para la misma.
- Una vez instaurado el tratamiento se realizará determinación de litio en plasma (litemia) a los 7 días. Deberán transcurrir 12 horas desde la última toma de la medicación.
- 2.ª litemia a los 15 días y una semana después del cambio de dosis hasta que los niveles sean estables.

MANTENIMIENTO

- Monitorización de los niveles plasmáticos de litio cada 3 meses.
 - ◊ Terapéutico de 0,6 a 1,2 mol/l. y según criterio del psiquiatra
 - ◊ Valorar en ancianos.
- Si hay variación en los niveles con aumento o disminución del litio o en la sintomatología, se pedirá nueva litemia a los 15 días.
- Monitorización del peso en aquellos pacientes con incremento rápido del mismo.
- Control de función tiroidea y renal cada 12 meses o más frecuentemente si hay evidencia de deterioro de la función renal. En caso de elevación de urea y creatinina, iniciar monitorización estrecha de la dosis de litio y niveles plasmáticos.
- Determinar calcio sérico cada 12 meses.
- Monitorizar síntomas de neurotoxicidad (parestesias, ataxia, temblor, deterioro cognitivo).

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS

- Diuréticos: Aumentan las concentraciones plasmáticas de litio (especialmente las tiazidas).
- Xantinas: Disminuyen las concentraciones plasmáticas de litio.
- AINES: Aumentan las concentraciones plasmáticas de litio.
- Antihipertensivos: Pueden aumentar las concentraciones plasmáticas de litio.
- Neurolépticos: Algunos aumentan los efectos adversos del litio (Haloperidol).
- Carbamazepina: Aumenta la toxicidad.

TIEMPO REQUERIDO

Con la Valoración y Plan de cuidados: 40 minutos.

Seguimiento: 20 minutos.

CRITERIO DE ALTA

Finalización del tratamiento con litio.

Abandono del tratamiento.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

La alianza terapéutica es fundamental en el tratamiento de cualquier enfermedad crónica, de tal forma que se asegure una correcta adherencia farmacológica, entre otras.

En 2019 se publicó el Consenso de expertos sobre propuestas de información al paciente en tratamiento con sales de litio. Las conclusiones fueron que proporcionar al paciente información clara y concisa al inicio de tratamiento mejora la adherencia, ayuda a llevar un mejor seguimiento de los acontecimientos adversos y se evitarán riesgos por intoxicación, mejorando la eficacia del fármaco y el control de la enfermedad, mejorando la evolución clínica y el pronóstico. (González, A., Balanzá, V., Benabarre, A., Guriérrez, L., Montes, J., Perrino, C., Crespo, J. ;2021).

- La dieta llevará sal, teniendo en cuenta:
 - ◊ El exceso de sal, baja los niveles de litio.
 - ◊ La escasez de sal, sube los niveles de litio y aumenta la toxicidad.
 - ◊ Con el exceso de sudoración hay una pérdida de sodio y favorece la toxicidad.

No deberá modificar las cantidades ingeridas de sal

- Los comprimidos deben ingerirse enteros, sin masticarlos ni triturarlos, pudiendo ayudar su ingestión con agua u otro líquido no alcohólico. Es aconsejable tomar el medicamento junto con las comidas. Los excipientes utilizados en la elaboración confieren a los comprimidos la capacidad de liberar el principio activo lentamente en el tracto gastrointestinal. Por ello no deben masticarse o triturarse ya que se alterarían las características de la forma farmacéutica.
- Los ancianos precisan habitualmente de dosis menores de litio.
- Si el paciente tiene dificultades para recordar la toma de la medicación de puede repartir la dosis en dos tomas, de acuerdo con su psiquiatra. Valorar la utilización de pastillero semanal.

- Deberán realizarse las analíticas correspondientes, observando que transcurran 12 horas desde la toma nocturna del medicamento y la extracción sanguínea.
- Llevar una dieta sana y hacer ejercicio de forma regular.
- Evitar tratamiento concomitante con AINES por riesgo de incremento de niveles de litio.
- En mujeres, planificar embarazo y valorar ventajas y riesgos de continuar tratamiento con sales de litio.
- Reponer líquidos ante la aparición de fiebre alta o en periodos de sudoración profusa.

D. Antonio Miguel Villalba Borrue

Introducción.

Población a la que va dirigido.

Objetivo general.

Objetivos específicos.

Procedimiento de actuación.

Instrucciones al paciente.

INTRODUCCIÓN

El ácido valproico es un fármaco que pertenece al grupo de los antiepilépticos, que en psiquiatría se utiliza especialmente para el tratamiento del Trastorno Bipolar.

Su mecanismo de actuación es desconocido, aunque se sabe que bloquea los canales de sodio voltaje dependiente e incrementa las concentraciones en el cerebro de ácido gamma-aminobutírico.

Requiere un seguimiento continuo y protocolizado por su estrecho margen terapéutico y por la gravedad de sus efectos secundarios.

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDO

Personas que cursan con Trastorno Bipolar tipo I, y que están incluidas en el protocolo de seguimiento de ácido valproico.

OBJETIVO GENERAL

Conseguir la estabilidad del estado de ánimo a través del correcto del tratamiento.

Detección precoz de problemas orgánicos derivados del tratamiento con ácido valproico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fomentar la adherencia al tratamiento y detectar su cumplimiento.
- Prevenir una intoxicación.
- Valorar efectos secundarios: trastornos gastrointestinales (nauseas, vómitos, dispepsia), temblor y caída de cabello transitoria.
- Evaluar el estado de ánimo.
- Educación del paciente y la familia sobre el tratamiento.
- Planificar y explicar calendario de analíticas.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN

DERIVACIÓN AL PROGRAMA

- El psiquiatra derivante pondrá por escrito la indicación del tratamiento requerido a enfermería.
- Presentación del paciente por parte del terapeuta al responsable del protocolo de seguimiento.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Se realizará la valoración protocolaria por patrones funcionales.

INTERVENCIÓN

(PLAN DE CALIDAD PARA EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DEL MINISTERIO DE SANIDAD, 2012)

INICIO DEL TRATAMIENTO

- Informar al paciente sobre la necesidad de una correcta adherencia farmacológica. El cumplimiento errático o abandono puede incrementar el riesgo de recaída maniaca.
- En mujeres en edad fértil, realizar test de embarazo previo al inicio del tratamiento.
- Antes de instaurar el tratamiento farmacológico se solicitará:
 - ◊ Analítica que deberá incluir hemograma, pruebas de coagulación y función hepática.
 - ◊ Registro de T/A, pulso, temperatura, peso y altura.
- Una vez instaurado el tratamiento se realizará determinación de valproato sódico en plasma (valproemia) hasta estabilizar dosis. Deberán transcurrir 12 horas desde la última toma de la medicación.
- En las pruebas de función hepática se harán los controles al mes y luego cada tres meses, hasta completar el primer semestre. Si las transaminasas se duplican informar al médico.

ADVERTENCIA (AEMPS, 2021): Valproato tiene un alto potencial teratógeno y los niños expuestos en el útero a valproato tienen un riesgo alto de malformaciones congénitas y trastornos del neurodesarrollo. Está contraindicado en las siguientes situaciones:

- En el embarazo, a menos que no exista otro tratamiento alternativo adecuado.
- En mujeres en edad fértil, a menos que se cumplan las condiciones del Plan de Prevención de Embarazos.

CONDICIONES DEL PLAN DE PREVENCIÓN DE EMBARAZOS:

- Se deben evaluar las circunstancias individuales en cada caso, involucrar al paciente en la discusión, garantizar su compromiso, discutir las alternativas terapéuticas y asegurar el entendimiento de los riesgos y las medidas necesarias para minimizar estos.
- La posibilidad de embarazo se debe valorar en todas las pacientes.

- La paciente ha entendido y conoce los riesgos de malformaciones congénitas y trastornos del neurodesarrollo, incluyendo la magnitud de estos riesgos para los niños expuestos a valproato en el útero.
- La paciente recibe consejo sobre anticoncepción y es capaz de cumplir con la necesidad de utilizar un método anticonceptivo eficaz, sin interrupción durante todo el tratamiento con valproato.
- La paciente entiende la necesidad de consultar con su médico, tan pronto como esté planeando un embarazo, para asegurar una discusión a tiempo y valorar el cambio a otras posibles alternativas de tratamiento, antes de la concepción y antes de que se interrumpa el tratamiento anticonceptivo.
- La paciente entiende la necesidad urgente de consultar con su médico en caso de embarazo.
- La paciente ha recibido una Guía para el Paciente.

MANTENIMIENTO

- Monitorización de los niveles plasmáticos de valproato sódico cada 6 meses o a criterio médico.
- Terapéutico de 50 a 100 µg/ml. y según criterio del psiquiatra.
- Valorar en ancianos.
- Pruebas de función hepática y recuento hematológico completo cada 6 meses.
- Monitorización del peso en aquellos pacientes con incremento rápido del mismo.
- En mujeres: test de embarazo si hay sospecha del mismo.

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

- Estrógenos: Disminuyen las concentraciones plasmáticas de valproato.
- Quetiapina: Aumento del riesgo de neutropenia/leucopenia.
- Carbamazepina: Disminuye la concentración plasmática de valproato.
- Anticoagulantes factor dependiente de vit K.: Monitorizar índice de protombina.
- Ácido Acetilsalicílico: Aumenta la concentración plasmática de valproato.
- Cimetidina: Aumenta la concentración plasmática de valproato.
- Antibióticos: Pueden aumentar o disminuir concentración plasmática. Preguntar sobre uso concomitante en caso de realizar niveles.
- Fluoxetina: Aumenta la concentración plasmática de valproato.

TIEMPO REQUERIDO

Con la Valoración y Plan de cuidados: 40 minutos.

Seguimiento: 20 minutos.

CRITERIO DE ALTA

Finalización del tratamiento con ácido valproico / valproato sódico.

Abandono del tratamiento.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

La alianza terapéutica es fundamental en el tratamiento de cualquier enfermedad crónica, de tal forma que se asegure una correcta adherencia farmacológica, entre otras.

- Los comprimidos se deben tragar enteros sin masticar ni triturar preferentemente en el curso de las comidas. La solución oral se puede tomar en medio vaso de agua azucarada o no, pero nunca con bebidas carbonatadas.
- Los pacientes ancianos son más sensibles a los efectos secundarios; por eso no se valorarán los mismos niveles terapéuticos.
- Vigilar si aparecen hematomas, hemorragias (por alteración hematológica, principalmente trombopenia) y ponerlo en conocimiento del psiquiatra o enfermero/a.
- Informar al paciente de posibles alteraciones adversas al inicio del tratamiento sobre todo entre la 2.ª y 10 semana (anorexia, vómitos de repetición, astenia, fiebre, abatimiento etc.)
- Puede aparecer temblores en zona distal de extremidades superiores.
- Si el paciente tiene dificultades para recordar la toma de la medicación valorar la utilización de pastillero semanal. Tener en consideración que los comprimidos sean de liberación prolongada en toma única.
- Deberán realizarse las analíticas correspondientes, observando que transcurran 12 horas desde la toma nocturna del medicamento y la extracción sanguínea.
- Llevar una dieta sana y hacer ejercicio de forma regular, sobre todo ante la aparición de aumento de peso.
- Evitar tratamiento concomitante con Ácido Acetilsalicílico por riesgo de incremento de niveles de valproato.
- En mujeres, evitar embarazo o planificación cuidadosa. Realización de test ante sospecha del mismo.

D. Antonio Miguel Villalba Borrue

Introducción.

Población a la que va dirigido.

Objetivo general.

Objetivos específicos.

Procedimiento de actuación.

Instrucciones al paciente.

INTRODUCCIÓN

El disulfiram es uno de los medicamentos más usados en el tratamiento de la dependencia alcohólica. Actúa inhibiendo el metabolismo de la enzima aldehído-deshidrogenasa (ALDH), que es la encargada del último paso metabólico del alcohol. Como consecuencia de ello, se produce una reacción consistente en: enrojecimiento, palpitaciones en cabeza y cuello, náuseas, vómitos, sudoración, taquicardia, hiperventilación, síncope, inquietud y debilidad, entre otros. Es el denominado “efecto Antabús”. Estos efectos suelen aparecer a los 10 minutos de la ingesta de alcohol, dando lugar a ésta reacción incluso con ingestas mínimas.

La intensidad varía de un individuo a otro, aunque suele tener relación con la cantidad ingerida de etanol y disulfiram.

La duración de la reacción varía de dos a cuatro horas o mientras exista etanol en sangre.

El uso de interdictores se relacionaría con un periodo mayor de abstinencia, menos alcohol consumido en las recaídas y menor duración de las mismas (Girón, 2014)

POBLACIÓN A LA QUE VA DIRIGIDO

Personas que presenten adicción al alcohol y que tengan capacidad para comprender y evaluar las consecuencias del consumo de alcohol mientras estén en tratamiento con disulfiram.

OBJETIVO GENERAL

Conseguir la abstinencia en pacientes con problemas derivados del consumo de alcohol.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Prevenir recaídas en el consumo de alcohol.
- Fomentar la adherencia al tratamiento y detectar su cumplimiento.
- Valorar los efectos secundarios.
- Evaluar el estado de ánimo y motivación del paciente para mantener abstinencia.
- Educación del paciente y la familia sobre el tratamiento.

- Información sobre alimentación y presencia de alcohol de forma enmascarada en productos de uso común.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN

DERIVACIÓN AL PROGRAMA

- El psiquiatra derivante pondrá por escrito la indicación del tratamiento requerido a enfermería.
- Presentación del paciente por parte del terapeuta al responsable del protocolo de seguimiento.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Se realizará la valoración protocolaria por patrones funcionales.

Intervención.

INICIO DEL TRATAMIENTO

- Informar al paciente sobre la necesidad de una correcta adherencia farmacológica.
- Antes de instaurar el tratamiento farmacológico se solicitará:
 - ◊ Analítica que deberá incluir al menos hemograma, función hepática, iones y función tiroidea
 - ◊ Registro de T/A, pulso, temperatura, peso y altura.
- Explicar al paciente de forma clara las consecuencias de ingerir alcohol mientras se está en tratamiento con disulfiram. Asegurarse que el paciente lo ha entendido y registrarlo en Historia Clínica.

MANTENIMIENTO

- Si el paciente asume la toma del tratamiento
 - ◊ Citar mensualmente para evaluar adherencia, fallos puntuales en la misma, efectos secundarios y realización de analítica cuando corresponda.
 - ◊ Mensualmente registro de T/A, pulso, temperatura, peso.
- Si el paciente va a la consulta de enfermería para hacer la toma de disulfiram
 - ◊ Asegurar que el paciente está abstinentes y reflejarlo por escrito en la historia clínica.
 - ◊ Si hay alcoholímetro, comprobación a través del mismo.
 - ◊ Mensualmente registro de T/A, pulso, temperatura, peso.

INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS (AZANZA, J. R. ;2018). (AEMPS;2021).

- De forma general retarda el metabolismo de ciertos fármacos, prolongando la duración de acción o la toxicidad. Éstos fármacos incluyen:
 - ◊ Propilenglicol.
 - ◊ Hidantoína.
 - ◊ Anticoagulantes orales.

- ◊ Metronidazol.
- ◊ Fenitoína.
- ◊ Isoniazida y rifampicina.
- ◊ Benzodiacepinas de metabolismo oxidativo (diazepam, clordiazepóxido).
- ◊ Clozapina.
- ◊ Teofilina.
- Otras formas de presentación que incluya cualquier compuesto alcohólico (jarabes, soluciones orales, solución hidroalcohólica...).

CONTRAINDICACIÓN

Pacientes con antecedentes de riesgo suicida, o ideación autolesiva.

TIEMPO REQUERIDO

Con la Valoración y Plan de cuidados: 40 minutos.

Seguimiento: 20 minutos.

CRITERIO DE ALTA

Finalización del tratamiento con disulfiram.

Abandono del tratamiento.

INSTRUCCIONES AL PACIENTE

La alianza terapéutica es fundamental en el tratamiento de cualquier enfermedad crónica, de tal forma que se asegure una correcta adherencia farmacológica, entre otras.

- Informar al paciente que todo alimento cocinado con alcohol puede producir dicha reacción. A ello hay que añadir alimentos que lo suelen llevar en su composición:
 - ◊ Salsas.
 - ◊ Vinagre.
 - ◊ Algunos dulces (bombones, tiramisú).
- Cuidado con colonias, desodorantes, enjuagues bucales y productos para después del afeitado.
- Deberán realizarse las analíticas correspondientes.
- No ingerir en ningún caso hasta que no hayan pasado, al menos, 24 horas desde la última ingesta de alcohol.

Acostumbrarse a leer meticulosamente la composición de aquellos alimentos precocinados y envasados, comprobando la ausencia de alcohol en los mismos.

Guía de actuación en el tratamiento con metilfenidato en la población infantil

D.ª Mónica Morán Rodrigo

Definición y justificación.
Administración y efectos.
Objetivos.
Perfil del usuario.
Plan de intervención.
Procedimiento.
Diagnósticos más frecuentes.
Información para padres.

DEFINICIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El Metilfenidato es un medicamento indicado como parte de un tratamiento integral del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños mayores de 6 años y adolescentes, cuando otras medidas son insuficientes.

Metilfenidato es un estimulante del sistema nervioso central. Su mecanismo de acción específico en el TDAH no se conoce con precisión, aunque podría consistir en el bloqueo de la recaptación de noradrenalina y dopamina en la neurona presináptica, incrementando por tanto la concentración de ambos neurotransmisores en el espacio extraneuronal.

En los últimos años se han asociado diversos riesgos al tratamiento con metilfenidato, principalmente trastornos cardiovasculares y cerebro vasculares. También se han estudiado otros aspectos de seguridad relacionados con trastornos psiquiátricos, y posibles efectos a largo plazo como alteración del crecimiento o maduración sexual.

Debido al impacto de estos potenciales riesgos sobre el perfil de seguridad de metilfenidato, el Comité de Evaluación de Medicamentos (CHMP) de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA), del que forma parte la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), inició en junio de 2007 un procedimiento de arbitraje para reevaluar el balance beneficio/riesgo del medicamento. Asimismo, este asunto fue tratado por el Comité de Seguridad de Medicamentos de Uso Humano (CSMH) de la AEMPS.

Como conclusión de dichas evaluaciones se ha estimado que el beneficio terapéutico del tratamiento con metilfenidato supera los posibles riesgos asociados al mismo, siempre y cuando se utilice en las condiciones de uso autorizadas.

Teniendo en cuenta los aspectos mencionados, la AEMPS informa que el uso de metilfenidato tiene que ajustarse a las siguientes condiciones:

- El tratamiento con metilfenidato debe realizarse bajo la supervisión de un especialista con experiencia en trastornos del comportamiento en niños y/o adolescentes.
- Metilfenidato puede presentar efectos cardiovasculares (entre los que se encuentran incremento de la presión sanguínea y trastornos del ritmo cardiaco), por lo que se debe realizar un examen cardiovascular cuidadoso antes del inicio del tratamiento y un seguimiento durante el mismo.
- Se debe hacer una evaluación sobre la continuidad del tratamiento al menos una vez al año.

- Dado que el tratamiento con metilfenidato puede causar o exacerbar algunos trastornos psiquiátricos (como depresión, comportamiento suicida, hostilidad, psicosis y manía), se debe realizar un examen cuidadoso antes del tratamiento y un seguimiento regular a lo largo del mismo de los antecedentes y síntomas psiquiátricos que pudiera presentar el paciente.
- Durante el tratamiento con metilfenidato, se debe monitorizar el peso y altura de los pacientes.

ADMINISTRACIÓN

El Metilfenidato se administra por vía oral. La sustancia activa, el clorhidrato de metilfenidato, se absorbe rápida y casi completamente tras la administración oral. Los niveles sanguíneos máximos se observan en el curso de 1 a 3 horas y la vida media plasmática varía entre 1 y 3 horas. Los efectos farmacológicos persisten entre 4 y 6 horas después de la administración oral de tabletas convencionales y 8-12 horas después de una administración de liberación lenta. Alrededor del 80% de la dosis oral de Metilfenidato se metaboliza a ácido ritalínico y se excreta en la orina.

Rubifén®: Vida media de 3-6h. Pico plasmático: en 1-2h. Efecto se empieza a notar a los 30-60' de la toma con un efecto máximo en 1-2h. Su efecto se disipa 2 a 6h después con lo que la mejoría clínica dura de 4 a 6h.

Medikinet®: Son cápsulas de liberación prolongada rellenas de un 50% de gránulos de liberación inmediata y un 50% de gránulos de liberación prolongada con un efecto clínico que dura unas 8 horas.

Concerta®: Se libera a lo largo de 12h. El pico plasmático no es tan elevado como con Rubifén (disminuye el efecto rebote).

	Ventajas	Inconvenientes
Rubifén®	Dosis fácilmente ajustable. Se presenta en comprimidos, que pueden fraccionarse y masticarse	Peor adherencia al tratamiento, al requerirse 2 – 3 dosis/día
Medikinet®	Mejor curva plasmática. Las cápsulas se pueden abrir y mezclar con gelatina o mermelada pero no masticar las esferas.	
Concerta®	Mejor adherencia al tratamiento.	No permiten ajustes tan finos de dosis. No se puede masticar y puede resultar difícil de tragar en pequeños. Son mucho más caros.

EFFECTOS CONDUCTUALES

El Metilfenidato mejora los tres grupos de síntomas cardinales (hiperactividad, impulsividad e inatención) en el 70-80% de los pacientes y además otros síntomas que se asocian al TDAH como la oposicionalidad, impulsividad agresiva, la motivación, la capacidad de aprendizaje y el control inhibitorio. Con todo consigue una mejoría en la capacidad de interacción social y rendimiento académico del niño.

EFFECTOS SECUNDARIOS

FRECUENTES:

Pérdida de apetito, gastralgia, insomnio, cefalea, síntomas de rebote (exacerbación de los síntomas de TDAH cuando se agota el efecto del fármaco), irritabilidad e inquietud.

INFRECUENTES O RAROS:

Disforia, "estar ausente, como zombi", tics o movimientos anormales, hipertensión, arritmias, alucinaciones, síntomas psicóticos o maníacos, tristeza, labilidad emocional.

OTROS EFECTOS ADVERSOS:

Raros y leves:

- Sensación de mareo, letargia, fatiga.
- Prurito

Raros pero importantes:

- Disminución del umbral convulsivo
- Retraso del crecimiento
- Rash cutáneo

La inclusión de este protocolo como actividad de enfermería incluye el control de la evolución clínica y de los posibles efectos adversos del tratamiento, así como la información y educación del paciente y su familia, sobre las características de la enfermedad y su tratamiento.

FINALIDAD Y OBJETIVOS PERSEGUIDOS

- Asegurar la adherencia terapéutica y minimizar las posibles molestias.
- Detectar a tiempo un posible incumplimiento del tratamiento.
- Prevenir y captar efectos secundarios indeseados.

PERFIL DEL USUARIO SUSCEPTIBLE DE ESTE PROTOCOLO

Es susceptible de entrar en este protocolo todo niño/a en tratamiento con Metilfenidato.

PLAN DE INTERVENCIÓN

Recursos necesarios:

- Humanos: Enfermera.
- Materiales.

Material para control de constantes (Tensiómetro infantil de diversos tamaños, fonendoscopio infantil, reloj con segundero...)

Báscula con tallímetro.

Espacio adecuado para entrevistas (Consulta de enfermería)

Material y folletos de soporte para educación sanitaria.

CRONOGRAMA

ENTREVISTA INICIAL

- Recepción del paciente y bienvenida.
- Información sobre el tratamiento con Metilfenidato.
- Explicación de las características del protocolo de seguimiento que se va a realizar y del procedimiento habitual.
- Toma de constantes vitales (TA, Fr. Cardíaca).
- Peso y talla. Anotar en curva de percentiles. IMC.
- Valoración de efectos secundarios.
- Valoración de efectos conductuales.
- Comprobar si se ha realizado revisión cardiológica (ECG).
- Registro de los resultados.
- Entrega de la tarjeta recordatoria de cita.
- Programación de cita en la agenda.

SEGUNDA ENTREVISTA

Se realizará al mes de la segunda.

- Evaluación de la respuesta terapéutica.
- Valoración de efectos secundarios.
- Toma de constantes vitales (TA, Fr. Cardíaca).
- Peso y talla. Anotar en curva de percentiles. IMC.
- Revisión de curva de percentiles.
- Registro de los resultados.
- Entrega de la tarjeta recordatoria de cita.
- Programación de cita en la agenda.

TERCERA ENTREVISTA Y SIGUIENTES

Se realizará al mes de la tercera.

- Se harán controles similares al anterior cada seis meses de no haber efectos secundarios.
- Los controles seguirán siendo mensuales si hay descenso en la curva de percentiles de talla y peso.
- Si se detecta alguna anomalía en la TA o Fr. Cardíaca se pondrá en conocimiento del profesional de referencia así como si se detecta algún otro efecto secundario importante.

METODO O PROCEDIMIENTO

En caso de que durante la valoración del paciente se detecte cualquiera de los siguientes aspectos, se debe comunicar inmediatamente al terapeuta prescriptor:

- Efectos secundarios graves.
- Aparición o agravamiento de la sintomatología.

- Evidencias de incumplimiento del tratamiento.
- Incomparecencia a la cita.

En caso de incomparecencia del paciente a una cita se le llamará para recordársela.

En caso de abandono del tratamiento, recaída o suspensión del tratamiento por parte del terapeuta prescriptor, se recomienda iniciar el protocolo desde el día 1 del cronograma.

ACTIVIDADES

- Valoración de efectos secundarios.
- Valoración de efectos conductuales.
- Valoración de sintomatología.
- Toma de constantes vitales (TA, Fr. Cardíaca)
- Peso y talla.
- Registro de resultados.
- Seguimiento de la curva pondero estatural.
- Comunicación con el terapeuta prescriptor.
- Recordatorio telefónico de citas.
- Informar sobre las características del tratamiento con Metilfenidato.
- Entrega de la tarjeta recordatoria de cita.
- Programación de cita en la agenda.

CRITERIOS AL ALTA

Finalización del programa de tratamiento con Metilfenidato.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA MÁS FRECUENTES

- Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales
- Trastorno del patrón del sueño relacionado con aspectos farmacológicos.
- Riesgo de disminución del gasto cardíaco debido a posibles palpitaciones y taquicardia.
- Trastorno de la imagen corporal relacionada con la posibilidad de retraso en el crecimiento infantil.
- Ansiedad producida por los efectos farmacológicos.
- Conocimientos deficientes acerca de su tratamiento por falta de información sobre el régimen farmacológico.

FICHA DE INFORMACIÓN PARA PADRES SOBRE EL TRATAMIENTO CON METILFENIDATO

INDICACIONES

Tratamiento como indicación del TDAH en niños y adolescentes mayores de seis años.

¿CUANDO SE PUEDE EMPEZAR A NOTAR LA EFICACIA?

Se puede notar eficacia en los primeros días de tratamiento (hay que tener en cuenta que las intervenciones psicológicas también mejorarán la conducta del niño y su autoestima) y la mejora de los síntomas puede incrementarse en las primeras semanas.

¿CÓMO SE ELIGE LA DOSIS?

Los estimulantes están disponibles en varias presentaciones:

De liberación corta (Rubifén) que hay que evitar darla después de las 16h porque puede afectar al sueño.

De liberación prolongada, intermedia (Medikinet) que hay que evitar darla tras las 14h y prolongada (Concerta) que hay que evitar darla tras las 12h por el mismo motivo.

La dosis inicial se ajusta según la edad y el peso, aunque la dosis de mantenimiento dependerá de la respuesta clínica. Su especialista se encargará de ajustar la medicación a la dosis adecuada.

¿DURANTE CUÁNTO TIEMPO SE DEBERÁ TOMAR ESTA MEDICACIÓN?

Normalmente se prescriben con una duración de meses o años. En algunos casos se decide hacer “vacaciones de tratamiento” suspendiendo la medicación los fines de semana o vacaciones, esto se suele hacer para minimizar los efectos secundarios del tratamiento y debe ser una medida consensuada con el especialista, NUNCA se retira de forma brusca.

EFFECTOS SECUNDARIOS

Los efectos secundarios aparecen en mayor o menor medida con todos los fármacos. Normalmente no son serios y ocurren en todos los individuos. Pueden aparecer antes de que se produzca una respuesta en los síntomas. Si se aprecian se debe consultar con el especialista.

EFFECTOS FRECUENTES QUE SE DEBEN COMUNICAR A SU MÉDICO O ENFERMERA EN SU PRÓXIMA VISITA:

- Dificultad para dormir.
- Agitación o excitabilidad: algunos niños pueden ponerse nerviosos al comienzo.
- Disminución del apetito y pérdida de peso: Intentar tomar la medicación después de las comidas, hacer comidas más ligeras y más frecuentes. Dolor de cabeza: tiende a ser temporal y se puede manejar con analgésicos. Nauseas; tomar la medicación con comida o lácteos.
- Boca seca; tomar caramelos o chicles ácidos sin azúcar, beber agua regularmente.
- Mareo al levantarse cuando uno está sentado o tumbado; procurar levantarse despacio.
- Tos, molestias en la nariz o garganta.

Deberá acudir a los controles de su enfermera de referencia quien podrá hacer un seguimiento de cualquier alteración en el peso, talla, tensión arterial...y cualquier efecto secundario que se pueda producir.

EFFECTOS RAROS QUE HAY QUE COMUNICAR AL MÉDICO INMEDIATAMENTE:

- Pulso irregular o rápido o palpitations
- Sensación de mareo o pérdida de conciencia ante el ejercicio: retirar.
- Tics o problemas del movimiento.
- Se mantiene el dolor de cabeza.
- Dolor en las encías, en la garganta o en la boca.
- Enrojecimiento en la cara o irritación en la piel.
- Debilidad, cansancio, fiebre como si se tuviera gripe, junto con náuseas o pérdida de apetito.
- Orina oscura o coloración amarillenta de los ojos.
- Agitación o nerviosismo grave.
- Irritabilidad importante o cambios de humor importantes, alucinaciones...
- COMUNICAR INMEDIATAMENTE LA SOSPECHA DE EMBARAZO.

¿QUÉ HACER SI SE HA OLVIDADO UNA TOMA DE MEDICACIÓN?

Si se toma la medicación dos o tres veces al día y se olvida una toma después de las cuatro horas siguientes, olvidar tal toma y seguir con la pauta que le ha puesto su médico. **NO DOBLAR LAS DOSIS NI COMPENSAR TOMAS PERDIDAS** (no añaden ningún beneficio y pueden provocar efectos secundarios.)

¿SE PUEDE TOMAR CON OTRAS MEDICACIONES?

Este medicamento puede interferir con otros, incluso con remedios naturales como la hierba de San Juan... **SIEMPRE CONSULTAR CON EL MÉDICO.**

PRECAUCIONES

- No se debe usar en pacientes que tengan la tensión arterial elevada o enfermedades cardíacas o tiroideas.
- Hay que comentar con el médico modificaciones relacionadas con el sueño, la alimentación o el comportamiento.
- No cambiar la dosis sin comentar con el médico.
- No masticar o romper las cápsulas a menos que se haya consultado con el médico; las cápsulas de Concerta* no se deben abrir, las de Medikinet* se pueden abrir y mezclar con gelatina o mermelada pero no masticar las esferas del contenido y después beber líquido por si quedan restos en la boca.
- Si se toman comidas muy grasas el efecto se puede notar más tarde de lo habitual.
- No mezclar con líquidos ácidos o ricos en vitamina C porque se puede alterar la cubierta que envuelve al fármaco y alterar su absorción.
- No usar alcohol.
- Las cápsulas de Concerta* a veces no se disuelven y pueden aparecer en las heces, pero no hay que preocuparse.
- Mantener la medicación en un lugar limpio y seco, a temperatura ambiente y **FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS.**

LA ENFERMERA O EL ESPECIALISTA DE REFERENCIA PODRÁN RESOLVER CUALQUIER DUDA QUE LES SURJA.

BIBLIOGRAFÍA

- Ackley, BJ, Lading, G B. (2007). *Manual de diagnósticos de Enfermería. Guía para La Planificación de cuidados*. 7.ª Edición. Madrid: Elsevier.
- AEMPS. (30 de 08 de 2021). https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/12723/12723_ft.pdf.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.Ministerio de Sanidad, P. S. (20 de Agosto 2021). Obtenido de https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/11672004/FT_11672004.pdf
- Aguilar Ibáñez. (2009). *Cómo animar un grupo*. Madrid. CCS.
- Aguilera Serrano, C. and Heredia Pareja, C. (2016). ¿La visita domiciliaria por enfermería beneficia la relación terapéutica con las personas usuarias jóvenes con un primer episodio psicótico? In: Boletín Psicoevidencias n.º 46. Andalucía.
- Alfaro R. (2002). *Aplicación del Proceso Enfermero guía paso a paso*. 4.ª ed. Barcelona: Masson.
- Alfonso R. G. 2003. Remington Farmacia. Ed panamericana: B aires
- Almeida OP, Howard RJ, Levy R, David AS. (1995). Psychootics tetes arising in late life: psychopathology and nonology. *The British Journal of Psychiatry*. (Internet) ;166(2): 205-214.
- Alonso Suárez M, Bravo Ortiz MF, Fernández Liria A. (2004). Origen y desarrollo de los programas de seguimiento y cuidados para pacientes mentales graves y crónicos en la Comunidad. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* (92) 25-51.
- Álvarez I, Andión O, Barral C, Calvo N, Casadella M, Casañas R, et al. (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de personalidad*. Barcelona: Àgenciad'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut;
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5.ª Ed.). Washington, DC, EE.UU.: Autor.and-care-adults-risk-suicidal-ideation-and-behaviour
- Antai-Otong D. (2016). Evidence-BasedCare of thePatientwithBorderlinePersonalityDisorder. *NursClin North Am.*; 51(2):299-308.
- Apfelbaum S, Gagliesi (2004) P. El trastorno límite de la personalidad: consultantes, familiares y allegados. *Rev. Arg. DePsiquiat.*; Vol. XV: 295-302
- Asociación Americana de Psiquiatría.2013. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA.
- Asociación Española de Pediatría [Internet]. Aeped.es. 2020 Metilfenidato | [cited 6 July 2020]. Available from: <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/metilfenidato>
- Asociación española de psiquiatría. (2012) *Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar 1st ed*. Madrid: Ministerio de sanidad. Universidad de Alcalá de Henares.;
- Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour. (s. f.). Recuperado 19 de diciembre de 2019, de <https://rnao.ca/bpg/guidelines/assessment-and-care-adults-risk-suicidal-ideation-and-behaviour>
- Azanza Perea, J. R. (2018). *Guía práctica de farmacología del sistema nervioso central*. Guambau Relaciones Gráficas.
- Azcárate JC, Bayón C, Cabrera C, Costigoyeneche C, Díaz M, García E, et al. (2009) *Guía del Trastorno Límite de la Personalidad (guía del profesional)*. Comunidad de Madrid: Servicio madrileño de salud. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones.
- Barker, P. y Buchanan-Barker, P. (2005).*The Tidal Model: A guide for mental health professionals*. New York: Brunner-Routledge.

- Beautrais, A.L. (2004). Further suicidal behavior among medically serious suicide attempters. *Suicide Life Threat Behav.* 34, 1-11.
- Bellido J. (2005) Sobre el modelo ÁREA y el proceso enfermero. *Inquetudes.*; 35:21-9
- Bermudez, J. (2003). *Psicología de la personalidad*. Madrid: UNED.
- Bertrán JJ, Ayllon L. 2004. El Programa de Atención Domiciliaria de Enfermería: una alternativa de “enlace” en la comunidad. *Psiquiatria.com* [en línea]. [Fecha de acceso 15 de diciembre de 2019]. URL disponible en <http://www.psiquiatria.com/imprimir.ats?14691>
- Blais MA, Smallwood P, Groves JE, Rivas-Vázquez RA, Hopwood CJ. (2018). Personalidad y trastornos de la personalidad. *Desórdenes Psiquiátricos*. Parte IX. España: Elsevier.; 39: 433-444.
- Bland AR, Tudor G, McNeil Whitehouse D. (2007). Nursing care of inpatients with borderline personality disorder. *Perspect Psychiatr Care.* ; 43(4):204-12.
- Bobes J, Bousoño M, López JL, Saiz P. (2002). *Enfermería Psiquiátrica*. Madrid: Síntesis.
- BOCAM. Orden 101/2008, artículo 71 Requisitos técnico-sanitarios de los proveedores de asistencia sanitaria sin internamiento y de los servicios sanitarios integrados en una organización no sanitaria.
- Bravo M, Lahera G, Lalucat L, Fernández-Liria A. (2001). Guía de práctica clínica sobre el trastorno bipolar: tratamiento farmacológico y psicosocial. Elsevier/Medicina clínica.
- Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. (2018). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. (7.ª ed). Madrid: Mosby.
- Bulechek GM, Butcher H, McCloskey J. (2019). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 7.ª ed. Elsevier, editor. Barcelona.
- C.I.E. CH 1201-Ginebra. Su regulación en España está establecida por el R.D. 992/1987
- Calderon, C., Mosquera, I., Balague, L., Retolaza, A., Bacigalupe, A., Balaunzaran, J., Iruin, A. (2014). Modelos de colaboración entre atención primaria y salud mental en la asistencia sanitaria a las personas con depresión: resultados principales y desafíos metodológicos de una meta revisión sistemática. *Rev. Esp. Salud Pública* [en línea]. vol.88, n.1, pp.113-133. ISSN 2173-9110. <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-57272014000100008>.
- CAM. 2021. Depresión y conducta suicida. ¿Qué debes saber? ¿Hay distintos tipos de depresión? [Internet]. [citado 9 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/depresion-conducta-suicida>
- Caminero P, Castelo C. (2012) Manual de procedimientos de Enfermería de Salud Mental Comunitaria en la Comunidad de Madrid. Planificación estratégica. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017188.pdf>
- Carmona, MC., Pichardo, MC. (2012). Actitudes del profesional de enfermería hacia el comportamiento suicida: influencia de la inteligencia emocional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* vol.20 no.6
- Carolina López C (2011). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. 85 [REV. MED. CLIN. CONDES-2011; 22(1) 85-97] PS.. (1), Dra. Janet Treasurer Evista. Volume 22, Issue 1, January 2011, Pages 85-97
- Castaño Mora Y, Erazo Chávez IC, Piedrahita Sandoval LE. (2012). Aplicación del proceso de enfermería en la atención domiciliaria de personas con enfermedad mental. *Enferm. glob*]; 11(28): 41-51. ; [citado 2016 Feb 21] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400004&lng=es.
- Castillo, S. (2007). Animación y dinámicas de grupo. Barcelona. Altamar.
- Chinchilla A. y cols. (2011). *Breviario de urgencias psiquiátricas*. Barcelona: Ed Elsevier-Masson.

- Colomer A J y cols. (2015). *Guía de cuidados enfermeros en salud mental de Aragón*. Servicio Aragón de Salud.
- Comisión consultiva de cuidados de enfermería de salud mental. (2012). *Manual de Procedimientos de Enfermería de salud mental comunitario*. Madrid: Consejería de Sanidad
- Consejería de Sanidad y Dependencia del Servicio Extremeño de Salud. (2008) *Planes de Cuidados Enfermeros en SM*.
- Cutcliffe, J.R., Barker, P. (2004) "The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGSAR): developing a tool for clinical practice." *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 11. 393-400.
- Dachesky D. (2009). El grito silencioso de la esquizofrenia: la apatía. Alcmeon. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*; 15 (3): 182 – 185.
- Derito MN, Monchablon Espinoza A. (2011). *Las psicosis*. 1.ª ed. Buenos Aires: Inter-Médica
- Diagnósticos enfermeros. Definición y clasificación 2018-2020. (2019) 11th ed. Barcelona: Elsevier España S.L U;
- Díaz, I (2000). *Bases de la terapia de grupo*. México: Editorial Pax.
- Dickens GL, Lamont E, Gray (2016) S. Mental health nurses' attitudes, behaviour, experience and knowledge regarding adults with a diagnosis of borderline personality disorder: systematic, integrative literature review. *J Clin Nurs*. ; 25(13-14):1848-75.
- Dirección general de ordenación y asistencia sanitaria. (2011). *Atención domiciliaria en salud mental*. Generalitat Valenciana.
- Donnoli VF, Santos LG, Almeida TS, Ferreyra P. (2007). Aplanamiento afectivo en la esquizofrenia: estudio cualitativo. Alcmeon, *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*; 14 (2): 26 – 36.
- Eguiluz L. (1995). Estudio exploratorio de la ideación suicida entre los jóvenes. *Memorias del XV Coloquio de Investigación, Iztacala, UNAM*; 121-130.
- Ellis, A. (1999). Rational Emotive Behavior Therapy and Cognitive Behavior. *Therapy for Elderly People*. *Journal of Rational-Emotive y Cognitive-Behavior Therapy*, 17 (1), 5-18.
- Ellison-Wright I, Bullmore E. (2011) *Anatomía del trastorno bipolar y la esquizofrenia: metaanálisis*. *Psiquiatría biológica*.
- Espinosa C. (2011) El modelo AREA es la evolución del PAE que se centra en los resultados [Internet] Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. 2011; 1-9. [consultado 17 Feb 2020]. Disponible en: <http://bit.ly/23oL7rG> [Links]
- Fernanda Ramírez-Hernández T, Caudillo-Ortega L. (2018) Proceso de cuidados de enfermería. Un abordaje en urgencias a una paciente con trastorno depresivo. *Rev Enfermería y Salud Ment.*; (9):32-5.
- Ferreira, A., Tato, J. (2013) El entorno domiciliario en el paciente con alteraciones en la salud mental: el escenario de los cuidados de enfermería. *Enfermería* 21. ; 3(1).
- Fornés J, Carballal M.ª C. (2001). *Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención*. Madrid: Ed. Panamericana.
- Fornés, J. (2012). *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Valoración y cuidados*. Madrid: Ed. Médica Panamericana
- Fornés, J., Gómez, J. (2008). *Principales problemas de Salud Mental e intervención enfermera*. Madrid: Ed. Enfo.
- Fraile Bravo M. (2015). Nurse case managers; The great unknown?. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*. Elsevier; 42(1):1-3.
- Frías A, Prieto MA, Hederle C, Aceijas C, Calzada M.L, Alcalde AI. (2002) La práctica enfermera en atención domiciliaria: perfil sociodemográfico y práctica profesional. *Aten Primaria*; 29(8), 495-501.

- Galvis, M A. (2015) Teorías y modelos de enfermería utilizados en la enfermería psiquiátrica. *RevCuid* [en línea].; 6 (2):1108-20. issn 2216-2973
- García MT, Martín MF, OtínLlop R. (2010) Tratamiento integral del Trastorno Límite de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*; 30 (106): 263-278.
- Gerencia de Área de Salud de Plasencia. (2004) Protocolo de visita domiciliaria. Junta de Extremadura:
- Girón, S. (2014). Interdictores en el tratamiento del alcoholismo. Una revisión crítica. *Revista Española de Drogodependencias*, 39(3) 11-37.
- Gómez del Río, N; Castro, FJ; Monzón, J; García, E; Monzón, G; Q, JM. (2013). Atención enfermera en el cuidado de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Presencia ene-dic*, 9(17-18). Disponible en <http://www.index-f.com/presencia/n17-18/p9156>.
- Gómez G, Llorca G. (2009) Tratado multidisciplinar sobre la actividad cerebral, los procesos mentales superiores y nuestro comportamiento. *Biopsicología.net*; (descargado de Internet en agosto de 2021 en la dirección: http://www.biopsicologia.net/nivel_4_patologias/1.6._esquizofrenia_y_trastornos_psicoticos.html).
- González F, González V, Vázquez J. (2018) Guía de Buena Práctica Clínica endepresión y ansiedad. 16 p.
- González Alabarce, I., López Morón., O. and Herrera Sánchez., F. (2018) Visitas domiciliarias de Enfermería en pacientes de Psiquiatría. *Revista Médica Electrónica Portales Médicos*.
- González Rodríguez A. (2011) Programas de continuidad de cuidados: éxitos, fracasos y retos futuros. *Estudios de Psicología*; 16(3): 305-12.
- Gonzalez-Castillo MG; Monroy_Rojas A; (2016) Proceso enfermero de tercera generación. *Enfrm.UNiver Junio 2016 2016 JUN [CITADO 2020 DIC 10]* ; 13(2): 124-129. DISPONIBLE EN: HTTP://WWW.SCIELO.ORG.MX/SCIELO.PHP?SCRIPT=SCI_ARTTEXT&PID=S1665-70632016000200124&LNG=ES. <HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.REU.2016.03.003>.
- González-Gómez J, Madrazo I, Gil-Camarero E, Carral-Fernández L, Benito-González P, Calcedo-Giraldo G, Gómez del Barrio A. (2017) Prevalencia, incidencia y factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en la Comunidad de Cantabria. *Revmed Valdecilla*:2(1)
- Gordon M. (2000). Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de enfermería. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS. 2014. 208 p.
- Hales R, Yudofsky S, Gabbard G. (2009). *Tratado de Psiquiatría Clínica*. (5.ª Edición) Barcelona: Elsevier Masson.
- Hernandez Lira NA. (2007) Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. *Libros En Red*; p. 84-85.
- Hidalgo, M., & Javier, F. (2017). Factores emocionales relacionados con el riesgo suicida en estudiantes y profesionales de enfermería (Ph.D. Thesis, Universitat Rovira i Virgili). Recuperado de <http://www.tdx.cat/handle/10803/440518>
- Inagaki, M., Kawashima, Y., Kawanishi, C., Yonemoto, N., Sugimoto, T., Furuno, T., Ikeshita, K., Eto, N., Tachikawa, H., Shiraisi, Y., Yamada, M. (2015). Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: A meta-analysis. *J Affect Disord*. 175, 66-78.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2016). Depresión: Trastorno depresivo persistente y mayor. *Natl Inst Ment Heal*. (19).

- International Council of Nurses. Definition of Nursing. 2014 [Internet] Disponible en: <http://www.icn.ch/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>
- Jara ML, Lana KL, Schneider LS, Torres KEL. (2008). Trastornos Bipolares. Revista de Posgrado de la Vía Catedra de Medicina. N° 177
- Jiménez Barbero, J., Pérez García, M., Rivera Rocamora, C., Medina Garrido, L., Munuera García, V. y Sánchez Muñoz, M. (2010). El trastorno límite de personalidad: la filosofía dialéctica como base de la interacción enfermero paciente. *Enfermería Global*; 9, 3.
- Jordan, M (2019) "Manual de planes de cuidado en enfermería psiquiátrica". Elsevier, 6.ª edición, Barcelona.
- Kalivas y Volkow, (2005). La base neural de la adicción: una patología de la motivación y la elección Problema actual. *The American Journal of Psychiatry*. Vol 162. N.º8
- Kupfer, D. J., Regier, D.A., Arango López, C., Ayuso Mateos, J.L., Vieta Pascual, E. y Bagny Lifante, A. (2014). *Diagnostic and statistical manual of DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. (E.M. Panamericana, Ed.) (5.ª ed.). Madrid
- Lane L. (2000). *Farmacología en Enfermería*. Harcouth: Madrid
- Leal Cercós C, GisbertCalabuig JA, Sánchez Blanque A. (2019). Trastornos de la Personalidad. Parte XII. España: Elsevier; 85: 1268-1278.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE 22/11/03.
- Lluch MT, Checa F, García J, Márquez I, Camarena X, Beltran JJ et al. (2006). Efectividad de la atención domiciliar de Enfermería administrada a pacientes con TMS. *Enfermería Clínica*; 16(4):198-205.
- Lluch MT. (2004). *Enfermería psicosocial y de salud mental. Marco conceptual y metodológico*. [manual en e-Book y CD-ROM]. Barcelona: Edicions i Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- Lopez-Yarto, L. (2002). Terapia de Grupo o terapia en grupo. *Revista Aperturas psicoanalíticas*, n.º10.
- López-Muñoz, F., & Álamo Gonzalez, C. (2006). *Historia de la Psicofarmacología. Tomo II*
- Magno C, Rangel E, Sabóia M, Cavalcanti G S. (2011) VISITA DOMICILIAR NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL. *Cienc. enferm*; 17(3):125-36. [citado 2016 Feb 21] Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000300011&lng=es <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532011000300011>.
- Malhi G, Adams D, Lampe L. (2009). Recomendaciones para la práctica clínica en el trastorno bipolar. *RET: revista de toxicomanías*, (57):18-40.
- Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5. American Psychiatric Association: Editorial Médica Panamericana; 2014
- Marriner Tomey, A. (2009). *Guía de gestión y dirección de Enfermería*. (8.ª Edición). España: Elsevier
- Marshall M, Lockwood A. (2011). WITHDRAWN: Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. Apr 13;(4):CD001089.
- Martínez O, Montalván O, Betancourt Y. (2019). Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas. *Revista médica electrónica*. (vol.41 no. 2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2019/me192n.pdf>
- Martínez Jambrina JJ, Peñuelas Carnicero E. (2007). Tratamiento asertivo comunitario: el modelo Avilés. *Archivos de Psiquiatría*; (70): 77-82. Mendota Mental Health Institute Madison, Wisconsin. Gold-award. A community treatment.
- Martínez S, Díaz T, Bertrán JL, Márquez I, Ayllón L, Checa F. (2003) El domicilio familiar como espacio de encuentro terapéutico. Comunicación oral presentada al XX Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental, Alicante 10-12 abril del 2003.

- McCloskey J, Bulechek G M, Moorhead S, Johnson M, Meridean M, Butcher H, Swanson E. (2007). *NANDA, NIC y NOC, Interrelaciones*. (2.ª Edición). Ed. Elsevier Mosby.
- McCloskey J, Bulechek GM. (2005). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. (4.ª Edición). Madrid: Elsevier España S.A.
- Medyna EM, Molina H, Sánchez SE. (2020). Efecto del consumo de alcohol en la evolución del paciente bipolar. *Rev Peru Med Exp Salud Pública.*; 25(3):279–84.
- Megías, F., Serrano, MD. (2018) *Enfermería en psiquiatría y salud mental II*. Barcelona: DEE editorial.
- Memoria 1994/1996 del Programa de Servicios Sociales Alternativos a la Institucionalización Psiquiátrica..* (1994). Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Integración Social.
- Méndez, Juan Pablo, Vázquez-Velazquez, Verónica, & García-García, Eduardo. (2008). Los trastornos de la conducta alimentaria. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 65(6), 579-592. Recuperado en 12 de agosto de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600014&lng=es&tlng=es.
- Millar W y Rollnick S, (2002) *Entrevista Motivacional: preparando a la gente para cambiar conductas adictivas*. Editorial Paidós. Barcelona.
- Mª Sanidad. (2009) *Guía de práctica clínica sobre trastornos de la conducta alimentaria*
- Mondéjar, O. (2017) *Estrategias para el manejo de la conducta suicida en la consulta de enfermería en Atención Primaria* Publicación: ADDI (Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea).
- Mondéjar Gutiérrez, Oihana (2017) *Estrategias para el manejo de la conducta suicida en la consulta de enfermería en Atención Primaria* Publicación: ADDI (Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea).
- Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. (2019) *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud*. 6.ª ed. Elsevier: Barcelona
- Moorhead S, Johnson M, Meridean M. (2018). *Clasificación de Resultados de enfermería (NOC)*. (6.ª Edición). Madrid: Elsevier S.A.
- Moorhead, S; Swanson, E; Johnson, M., Maas, M. L. (2018). *Nursing Outcomes Classification (NOC): Measurement of Health Outcomes*. Elsevier Health Sciences.
- Mora JR. (2003). *Guía metodológica para la gestión clínica por procesos: aplicación en las organizaciones de enfermería* (Versión electrónica) Recuperado 12 diciembre 2020 de <http://ediciones.diazdesantos.es/libros/mora-Martínez-jose-ramón-guía-metodológica-para-la-gestión-clinica-por-procesos: aplicación en las organizaciones de enfermería>
- Moreno, J. L. (1959). *Gruppenpsychotherapie und Psychodrama: Einleitung in die Theorie und Praxis*.
- Muney, M. (2011). *Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos*. Nanda Internacional. Editorial: Elsevier-Masson.
- NANDA Internacional. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2018-2020*. 11.ª ed. Elsevier España S.L.U., editor. Barcelona; 2019.
- New Zeland Guidelines Group (NZGG 2003). *The assessment and management of people at risk of suicide*. Wellington (NZ): autor
- Ochoa, E; Madoz-Gúrpide, A; Vicente, N. (2009) *Diagnosis and treatment of alcohol dependence*. *Med. segur. trab.* vol.55 no.214 Madrid ene./mar.
- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (2020). *Plan estratégico de salud mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020*. Madrid: SMS Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020214.pdf>

- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (ORCSM) de la Comunidad de Madrid. (2016) Recomendaciones para la detección de riesgo de suicidio y prevención de conductas suicidas en UHBs.. [Documento Interno].
- Oldham J. (2015) The alternative DSM-V model for personality disorder. *World Psychiatry*; 14: 234-236.
- OMS (1994) *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*
- OMS. (2018) Datos y cifras.
- OMS. Depresión. Datos y cifras. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Quendo, M. A., Currier, D., & Mann, J. J. (2006). Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: What is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(3), 151-158.
- Orden SND/411/2020, de 13 de mayo, por la que se modifica la Orden SCB/925/2019, de 30 de agosto, por la que se aprueba la oferta de plazas y la convocatoria de pruebas selectivas
- Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental.
- Organización Mundial de la Salud.(2004) Promoción de la salud mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica: Informe compendiado. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud: Departamento de Salud mental y Toxicología. (2000). Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. Ginebra.
- Paolini E, Moretti P, Compton MT. (2016) Delusions in first episode psychosis: principal component analysis of twelve types of delusions and demographic and clinical correlates of result in domains. *Psychiatry research* (Internet) ; 243: 5-13.
- Peláez, MA, Raich, RM, & Labrador, FJ. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en España: Revisión de estudios epidemiológicos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 1(1), 62-75. Recuperado en 12 de agosto de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232010000100007&lng=es&tlng=es ESTE ESTA EN VANCUVER.
- Perez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de Medicina general*, 15(2), 196-217.
- Periáñez MDR, Jiménez B, Mera S. (2011) Eficacia de la intervención de la Enfermera Especialista en Salud Mental en el deterioro del patrón del sueño en paciente con Trastorno Afectivo Bipolar hospitalizado. Biblioteca Lascasas. Recuperado en 15 de septiembre de 2021 de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0619.pdf>
- Pichón-Rivière, E. (1977). El proceso grupal. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Pichon-Rivière, E. «Grupos operativos y enfermedad única.» En *El proceso grupal*,
- Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). *Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fórum de Salut*
- Planes de cuidados trastorno bipolar [Internet]. Es.slideshare.net. 2021 [cited 13 May 2021]. Available from: <https://es.slideshare.net/vitriolum/planes-de-cuidados-trastorno-bipolar>
- Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar.(2012) Madrid: Plan de Calidad para el Sistema
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1992): Stages of change
- Protocolo de intervención de enfermería en los Centros de Atención a las Drogodependencias
- Quiroga E, Fuentes JB, Theodore Millon.(2002) La importancia crítica de los trastornos de la personalidad para la psicología clínica.23 (3-4): 353-362.

- Real Decreto 1231/2001, 8 de noviembre. Estatutos Generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería.
- Rebraca, L. (2007). *Enfermería psiquiátrica y de salud mental. Conceptos básicos*. (6.ª Edición). Ed. Mc. Graw-Hill-Interamericana.
- Rigol A, Ugalde M. (2006). *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*. (2.ª Edición). Barcelona: Elsevier Masson.
- Rogers, C. (1979). Grupos de encuentro. São Paulo: Martins Fontes.
- Rogers, Carl. (1970). On Encounter Groups. New York: Harrow Books, Harper and Row, ISBN 0-06-087045-1
- ROMERO, R. Grupo, (2004) Objeto y Teoría. Lugar Editorial: Buenos Aires
- Salazar, M., Peralta, C., & Pastor, J. (2004). *Tratado de Psicofarmacología*.
- Sánchez-Hervás, E; Tomás Gradolí, V; Marales Gallús, E, E, E. (2004) Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. Elsevier
- Schatzberg, A. F., & Nemeroff, C. B. (2006). *Tratado de Psicofarmacología*. Masson
- Schmid, P.F. (1996a). Personzentrierte Gruppenpsychotherapie in der Praxis: Vol. II: Die Kunst der
- Seal ML, Aleman A, McGuire PK. (2004) Compelling imagery, unanticipated speech and deceptive memory: Neurocognitive models of auditory verbal hallucinations in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*; 9 (1-2): 43-72.
- Secades, R., García, O., Fernández, J. R. y Carballo, J L.(2007) Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28, 29-40.
- Servicio Madrileño de salud. (2014) *Guía para la detección y prevención de la conducta suicida, dirigida a profesionales sanitarios*. Madrid
- Shives, L. R. (2007). *Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. Conceptos básicos*. 6.ª ed. McGraw-Hill.
- Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. (2020). *Depresión y suicidio 2020*. Madrid: Ed. Wecare-u.
- Sotolongo, Y., Oscar, J. R., Valdés, M. Á., Campos, M., & Turró, C. (2004). Esquizofrenia, historia, impacto socioeconómico y atención primaria de salud. *Revista cubana de medicina militar*, 33.
- Soutullo C; Mardomingo MJ.(2010). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente AEPNYA*: buenos AIRES
- Stahl, S. (2009). *Psicofarmacología esencial de Stahl. Guía del prescriptor*
- Stern TA, Fava M, Wilens TE, Rosenbaum JF. (2017). *Tratado de Psiquiatría Clínica* [Internet]. Massachusetts General Hospital. Elsevier Health Sciences; 2017. 324-329 p. Disponible en: <https://books.google.es/books?id=NdzQDwAAQBAJ>
- Tejedor M J, Etxabe P. (2007). *Guía de informes de Enfermería en salud mental*. Barcelona: Glosa L.
- Terroso R, Gea A, Martínez J, Pedreño J, Pujalte M. (2009) *Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos* [Internet]. Servicio Murciano de Salud, editor.
- Vallejo, J. (2010). *Tratado de Psiquiatría*. (2.ª Ed.). Barcelona: Ars Medica.
- Vázquez, R. & López, X., & Ocampo, MT, & Mancilla, JM (2015). El diagnóstico de los trastornos alimentarios del DSM-IV-TR al DSM-5. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 6(2), 108-120. [Fecha de Consulta 12 de Agosto de 2021]. ISSN. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=425743626005>
- Ventosa, V.J. (2004). *Métodos activos y técnicas de participación*. Madrid. CCS.
- Vidal, R., Adamuz, J, Feliu, (2009) P. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enfermería global*; (17).

- Womble D. (2012) *Comunicación en la enfermería de salud mental. En Introducción a la enfermería de salud mental. (Capítulo 7)* 2.ª edición Barcelona: Lippincott willians and wilkins.
- Womble, D. (2012). *Introducción a la enfermería de la salud mental*. Barcelona: Ed. Lippincot. Willians and Wilkins.
- YALOM, Y.D., (2000) *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. Paidós: Barcelona.
- Zorrilla, M. J. M., & Mesa, F. J. G. (2012). Paciente con trastorno bipolar: proceso de enfermería. ENE, Revista de Enfermería.



SaludMadrid

Oficina Regional de Coordinación
de Salud Mental y Adicciones

Publicación expediente 24-PU-00219.2/2021

Depósito Legal: M-25936-2022

ISBN: 978-84-451-4022-2