Impacto de las intervenciones enfermeras con criterios NIC en la resolución problemas de enfermería codificados por la NANDA, en una sala de Hospitalización Psiquiátrica.

AUTOR: Rafael Sales Orts. **CENTRO**: Universidad de Valencia.

1. INTRODUCCIÓN

La Ley General de Sanidad (LGS) en su capitulo III, art. 20 referente a la Salud Mental, exige nuevas formas de asistencia de tipo comunitario en las que el área sanitaria es el centro de atención y resolución de los problemas que se presentan en este tipo de pacientes. En los casos agudos que exigen la hospitalización, la estrategia de abordaje de los pacientes debe estar coordinada con el fin de que el paciente esté ingresado el menor tiempo imprescindible.

La aportación que realiza la Enfermería Psiquiátrica (EP) a esta exigencia se conceptualiza en la aplicación del proceso de cuidados estructurado, también conocido como Proceso de Enfermería (PE) y que Benavent et al (2001) definen "*como una forma de pensar y de hacer que requiere un soporte metodológico que configure un orden a las acciones*".

Nuestro estudio aplica el Proceso de Enfermería a pacientes psiquiátricos ingresados en una sala de hospitalización psiquiátrica de corta estancia. Siguiendo el planteamiento expuesto por Fornes J., se han recogido datos no sólo sobre las necesidades o disfunciones que hay que tratar, sino también sobre aspectos físicos, intelectuales, sociales, culturales y espirituales.

Con la sintesis de los datos recgidos se realiza la valoración que identifica las respuestas del individuo y familia contenidas en la Taxonomía II propuesta por la NANDA. Siguiendo la propuesta de M Gordon, adaptada al campo de la Salud Mental por Fornes J y Carballal C, las respuestas alteradas se agrupan en los distintos Patrones Funcionales.

La selección de los diagnósticos de enfermería con mayor prevalencia en Salud Mental se ha tomado de trabajos previos (Sales et al 1991), quedando un listado de 46 posibles respuestas alteradas. Anexo I.

Las intervenciones de enfermería selecionadas como idóneas para la solución de las respuestas alteradas se han tomado del listado taxonómico propuesto por el grupo de trabajo de la Universidad de Iowa, liderado por MacCloskey y Bulechek conocido por el acrónimo NIC (Nursing Interventions Clasification), y son un total de 63

correspondientes a los campos de intervención de tipo: fisológico básico, fisiológico complejo, conductual, seguridad, familia y sistemas de salud, obviando el campo comunitario. Se presentan en el Anexo II.

2. HIPÓTESIS

El personal de Enfermería de una planta de hospitalización psiquiátrica realiza proceso de cuidados, con intervenciones organizadas y estructuradas para la resolución de patrones alterados en los pacientes psiquiátricos.

2.1 Objetivos

a) Generales: Verificar que el personal de Enfermería detecta respuestas relacionadas con los Patrones de Salud en los pacientes ingresados en una sala de hospitalización psiquiátrica y lleva a cabo proceso de cuidados de manera que les permite identificar respuestas o problemas, diseñar las actividades adecuadas y ejecutarlas en una sala de hospitalización psiquiátrica.

b) Secundarios: Valorar la evolución de patrones, respuestas humanas en tanto dura la estancia hospitalaria, así como las intervenciones que se realizan, su coincidencia con las propuestas por el grupo de estudio de la Universidad de Iowa y las repercusiones en la resolución de respuestas alteradas

3. MATERIAL Y MÉTODO

3.1 ÁMBITO DEL ESTUDIO. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

El grupo de estudio está formado por 100 pacientes que ingresaron de forma correlativa en la planta de hospitalización del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valencia en un periodo de 6 meses. Los **criterios de inclusión** han sido**:** pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, diagnóstico de esquizofrénia y trastornos del estado de ánimo y estancia hospitalaria superior a 16 días. Como **criterios de exclusión** se han considerado: edad < 18 años, estancia hospitalaria < 16 días, pacientes cuya causa de ingreso no obedecía a causas psiquiátricas o diagnósticos psiquiátricos diferentes a esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo.

Se han recogido los siguientes datos generales en cada paciente: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, religión, estado laboral, ingresos anteriores en

Psiquiatría y, sí así fuera, número de ingresos y días de estancia hospitalaria y días de estancia hospitalaria en el episodios actual.

Los diagnósticos clínicos se han tomado del diagnóstico final elaborado por los facultativos especialistas en Psiquiatría responsables de la planta de hospitalización, según el DSM-IV.

Para preservar la confidencialidad solo se han recogido las iniciales de nombre y apellidos en la base de datos siguiendo la normativa de Helsinki.

3.2. DISEÑO

Para nuestro estudio hemos elaborado un protocolo diseñado *ad hoc* de recogida de datos, basado en uno previo diseñado anteriormente (Sales 2005) (Anexo III), que incluye:

a) **Patrones Funcionales** graduados por medio de una escala de Likert (5-1), considerando la puntuación 5 como la máxima alteración del patrón correspondiente y el mínimo como 1; si el patrón no mostraba alteración alguna se ha marcado como 0. La gradación de cada patrón se ha realizado en función del grado de alteración de las respuestas (etiquetas diagnósticas alteradas que mostraban el desvio de cada patrón).

b) Para identificar las **respuestas alteradas** hemos formulado una serie de ítems, según las características definitorias de cada una de ellas, tal como se recoge en la Taxonomía II de la NANDA. La puntuación de las respuestas alteradas se ha realizado por medio de una escala de Likert (5-1) con la misma metódica expuesta con anterioridad.

d) Las **intervenciones** idóneas para la consecución de los objetivos (NIC) se seleccionaron del listado codificado por el grupo de trabajo de la Universidad de Iowa, señalándose con un 1 si se realizaban, 2 si no se realizaban y un 3 en el caso de que no fueran pertinentes.

3.3 RECOGIDA DE DATOS DEL ESTUDIO

La valoración de los patrones y las respuestas se ha realizado desde una perspectiva funcional, considerando la máxima alteración de los patrones cuando se presentaban alteradas todas las respuestas y la máxima alteración de las respuestas cuando se mostraban alteradas todas sus características definitorias, teniendo en cuenta el nivel de conciencia de enfermedad del paciente; se ha considerado como

máxima gravedad la "no conciencia de enfermedad", ya que aumentaba el alejamiento de respuestas adaptativas y mayor número de conductas desajustadas.

El personal de Enfermería al cuidado directo de los pacientes ha seguido sus pautas asistenciales cotidianas. Los datos se recogieron de forma directa durante los tres días primeros del ingreso y posteriormente los últimos tres días de su estancia hospitalaria. La recogida de datos se ha realizado desde tres fuentes: transcrita en las hojas de observación de enfermería, verbalizada en los cambios de turno y por medio de la observación participante siguiendo el planteamiento de Guasch O.

El personal sanitario no estaba especialmente entrenado para su realización y estaba compuesto por 6 enfermeras/os más la supervisora con una media de experiencia profesional en salud mental de 9,58 ± 3 años (rango 33–2 años). El personal auxiliar tenía una media de experiencia profesional de 7,60 ± 8,50 años (rango 22-4 años).

La correspondencia de tiempos de enfermería dedicadas a la atención de los pacientes en la sala de hospitalización psiquiátrica del Hospital Clínico Universitario de Valencia, según el estudio realizado en 1992 del Proyect Reserche Nursing elaborado por EROS (Equipe de Recherche Operationable en Santé de Quebec) para medir los tiempos de cuidados, era de 76% y la tasa de adecuación del 100%. La media de tiempo de las actividades totales (actividades de mantenimiento, administrativas, desplazamiento y cuidados directos e indirectos) era de 44 horas y las específicas de cuidar, según el estudio era de 1,47 horas por paciente y dia, según la valoración del PRN.

3.4. MÉTODO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se ha considerado como variable dependiente el **grado de alteración de las respuestas y patrones funcionales** y como variable independiente las **intervenciones de Enfermería**.

Se han recogido otras variables independientes ligadas a las características de cada paciente: sexo, edad, estado civil, actividad laboral, nivel de estudios, nacionalidad, confesión religiosa, diagnóstico DSM IV, ingresos previos y días de estancia, así como estancia en el episodio actual.

En primer lugar, se ha realizado un análisis descriptivo de las características de los pacientes; la diferencia entre variables cuantitativas de alguna de estas características se ha analizado mediante el estadístico t de Student para muestras no relacionadas.

En segundo lugar, hemos analizado las variaciones de las distintas variables entre el ingreso y alta; para el análisis bivariado de las variables cualitativas se ha utilizado la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon, mientras que si se trata de variables cuantitativas se ha utilizado el estadístico t de Student para datos apareados.

El análisis multivariado se ha realizado mediante regresión logística múltiple ordinal, manteniendo siempre en el ajuste las variables de edad, sexo y diagnóstico.

Se ha tomado com nivel de significatividad estadística una $p<0.05$.

Los datos obtenidos en el seguimiento de los pacientes, han sido procesados mediante el paquete estadístico Stata 8/SE y SPSS 11.5.

4. RESULTADOS

Hemos agrupado nuestros resultados en tres apartados: 1) características de la muestra; 2) evolución de los Patrones Funcionales ingreso/alta y 3) impacto de las intervenciones enfermeras en dicha evolución en los dos grupos de pacientes de nuestro estudio (trastornos esquizofrénicos y trastornos del estado de ánimo).

4.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

La edad media de nuestros pacientes es de 37.7 ± 15.4 años (rango 18-80 años, mediana de 34), 61 hombres (33.4 ± 13.5 años, rango 18-77) y 39 mujeres (44.5 ± 15.9 años, rango 23-80); la edad es significativamente más elevada en las mujeres ($p<0.001$). Estado civil: 68 solteros/as, 24 casados/as, 6 viudos/as y 2 separados/as. La distribución por el nivel de estudios era el siguiente: primarios únicamente 51 pacientes, estudios secundarios 27 pacientes y universitarios 22 pacientes. Respecto a su situación laboral, 31 pacientes estaban en paro, con trabajo activo remunerado 29 pacientes, jubilados 20 pacientes, amas de casa 12 pacientes y estudiantes 8 pacientes. Relataban ingreso previo en el Servicio de Psiquiatría 47 pacientes: tres ingresos en 10 pacientes, dos ingresos en 18 pacientes y un solo ingreso en 19 pacientes; en la hospitalización anterior a nuestro estudio, la estancia media fue de 52.6 ± 23.9 días (rango de 25-134 días).

La estancia media durante el episodio actual ha sido de 26.6 ± 9.08 días (rango 18-60, mediana de 25 días); no se han observado diferencias significativas ($p=0.153$) en los días de estancia hospitalaria entre los pacientes sin ingreso anterior (25.4 ± 7.7 días, rango 18-53 días) **versus** pacientes con antecedentes de ingresos anteriores (28.02 ± 10.3 días, rango 18-60 días).

Los diagnósticos médicos (DSM-IV) de los pacientes incluidos en el estudio han sido: 65 pacientes con trastornos esquizofrénicos y trastornos del estado de ánimo en 35 pacientes.

4.2. EVOLUCIÓN PATRONES FUNCIONALES INGRESO/ALTA

Pasamos a continuación al análisis pormenorizado de cada uno de los aspectos contemplados en los distintos patrones funcionales.

Patrón Funcional 1 (Percepción Control de la Salud)

Al ingreso 79, 18 y 3 pacientes presentaban un patrón muy alterado, bastante alterado y moderadamente alterado, respectivamente, con un *score* medio de 4.76 ± 0.49. Al alta hospitalaria, su *score* medio era de 1.87 ± 0.72 (- 2.89 ± 0.69, $p<0.001$, **t** de Student para datos apareados) y no presentaban alteración alguna 31 pacientes, patrón poco alterado en 53 pacientes, moderadamente alterado en 14 pacientes y bastante alterado en 2 pacientes ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

Respuestas identificadas. La respuesta alterada más prevalente es "protección ineficaz" (97 pacientes), seguida de "riesgo de lesión, intoxicación, asfixia, etc" (91 pacientes), "incumplimiento del tratamiento" (85 pacientes), "manejo ineficaz del régimen" (83 pacientes), "manejo de la familia" (64 pacientes) y "automedicación" (56 pacientes). Al alta se objetiva una mejoría significativa para todas las respuestas alteradas ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

Patrón Funcional 2 (Patrón nutricional-metabólico)

Al ingreso 27, 39 y 14 pacientes presentaban un patrón muy alterado, bastante alterado y moderadamente alterado, respectivamente; el *score* medio era de 3,99 ± 1,23. Al alta hospitalaria, su *score* medio descendió a 1,86 ± 1,45 (- 2.13 ± 1,22, $p<0.001$, **t** de Student para datos apareados), no observándose alteración alguna en 56 pacientes y los restantes se distribuían así: 31 pacientes poco alterado, 3 pacientes moderadamente alterado y 1 pacientes bastante alterado ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon, respecto al ingreso).

Respuestas identificadas. La mayor alteración de la respuesta se obtuvo en la referente a "alteración del patrón alimenticio" (48 pacientes), seguida de "desquilibrio nutricional por exceso" (40 pacientes), "desequilibrio nutricional por defecto" (36 pacientes) y "desequilibrio por exceso o defecto de líquidos" (20 pacientes). Al alta

hospitalaria, el grado de alteración de las distintas respuestas alteradas ha disminuido de forma significativa ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

Patrón Funcional 3 (Patrón eliminación)

Al ingreso 18, 33 y 18 pacientes presentaban un patrón muy alterado, bastante alterado y moderadamente alterado, respectivamente, mientras que se mostraba alterado o poco alterado en 25 y 6 pacientes, respectivamente, con el *score* promedio de 3.48 ± 1.26. Al alta hospitalaria, su *score* medio era de 1.62 ± 0.70 (- 1,86 ± 0,11, $p<0.001$, **t** de Student para datos apareados). Al alta, no presentaban alteración alguna 58 pacientes y los restantes se distribuían así: 31 pacientes poco alterado y 11 pacientes moderadamente alterado. La mejoría alta es sigificativa estadísticamente ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

Respuestas identificadas. La mayor alteración de la respuesta se obtuvo en la referente a "estreñimiento" (54 pacientes), seguida de "incontinencia o retención urinaria", "diarrea" y "percepción subjetiva de la eliminación" que aparecen en 33, 6 y 6 pacientes, respectivamente. Al alta hospitalaria, el grado de alteración de las distintas respuestas alteradas ha disminuido con independencia total en 23 pacientes (incontinencia/retención urinaria), en 14 y 3 respecto al estreñimiento y diarrea, respectivamente ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon, respecto al ingreso).

Patrón Funcional 4. Actividad/ejercicio

Al ingreso 65, 27 y 7 pacientes presentaban un patrón muy alterado, bastante alterado y moderadamente alterado, respectivamente, y estaba poco alterado en 1 paciente; *score* promedio de 4.56 ± 0.67. Al alta hospitalaria, su *score* medio era de 1.75 ± 0.77 (- 2,81 ± 0,84, $p<0.001$, **t** de Student para datos apareados); observándose que no presentaban alteración alguna 42 pacientes y los restantes se distribuían así: 43, 14 y 1 pacientes poco alterado, moderadamente alterado y bastante alterado, respectivamente. Se observa una mejora significativa al alta ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

Respuestas identificadas. Se observaban respuestas alteradas en todos los pacientes con la mayor alteración en la respuesta "deterioro en el manejo del hogar" (88 pacientes), seguida de "déficit de actividades recreativas", "trastorno o riesgo de la movilidad física", "déficit de autocuidados: aseo", "déficit de autocuidados: alimentación" y "vagabundeo" en 81, 69, 53, 51 y 53 pacientes, respectivamente. Al

alta hospitalaria, el grado de alteración de la respuesta "deterioro en el manejo del hogar" había disminuido en el 88% de los pacientes, desapareciendo totalmente en 17 pacientes; el "déficit de actividades recreativas" disminuye en todos los casos, desapareciendo en 19 pacientes; en la respuesta "trastorno o riesgo de la movilidad física" se aprecia una disminución en el 98% de los pacientes; en la respuesta "déficit de autocuidados: aseo" disminuye el grado de afectación en el 96%, presentándose la independencia total en 19 pacientes; en la respuesta "déficit de autocuidados: alimentación" disminuye el grado de alteración en el 95% pacientes, presentándose la independencia total en 24 pacientes; en la respuesta "vagabundeo" disminuye en el 98% de los pacientes, presentándose la independencia absoluta en 28. Al alta se objetiva una mejoría significativa ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

Patrón Funcional 5 Sueño/descanso

Al ingreso 35, 37 y 16 pacientes presentaban un patrón muy alterado, bastante alterado y moderadamente alterado, respectivamente, mostrándose poco alterado en 48, 38 y 4 pacientes, respectivamente; *score* promedio de 4,14± 0,86. Al alta hospitalaria, su *score* medio era de 1,51 ± 0,58 (- 2,63 ± 0,85, $p<0.001$, **t** de Student para datos apareados) y no presentaban alteración alguna 48 pacientes y los restantes se distribuían así: 38 pacientes con patrón poco alterado y 4 pacientes moderadamente alterado ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

Respuestas identificadas. Se observaban respuestas alteradas en todos los pacientes, aunque la afectación no era similar en todos ellos; así, la mayor alteración de la respuesta se obtuvo en la referente a "deterioro del patrón del sueño" (83 pacientes), seguida de "deprivación del sueño" (56 pacientes). Al alta hospitalaria, el grado de alteración de la respuesta "deterioro del patrón del sueño" había disminuido en todos los pacientes, desapareciendo en el 25% de los pacientes y la "deprivación del sueño" ha disminuido en todos los pacientes, presentándose la independencia total en el 20% ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

Patrón Funcional 6 (Patrón Cognitivo-Conductual)

Al ingreso 83, 16 y 1 pacientes presentaban un patrón muy alterado, bastante alterado y moderadamente alterado, respectivamente, con un *score* de 4,82 ± 0.41. Al alta hospitalaria, su *score* medio era de 1.70 ± 0.68 (- 3,12 ± 0.65, $p<0.001$, **t** de Student para datos apareados), observándose que no presentaban alteración alguna 40

pacientes y los restantes se distribuían así: 52 pacientes poco alterado, 7 pacientes moderadamente alterado y 1 pacientes bastante alterado ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

Respuestas identificadas. Se observaban respuestas alteradas en todos los pacientes, aunque la afectación no era similar en todos ellos; así, la mayor alteración de la respuesta se obtuvo en la referente a "trastorno de los procesos del pensamiento" (98 pacientes), seguida de "conflicto en la toma de decisiones", "deterioro en la interpretación del entorno", "déficit de conocimiento" y "deterioro de la memoria" que se presentaban en 97, 77, 34 y 17 pacientes, respectivamente. Al alta hospitalaria, el grado de alteración de las respuestas "trastorno de los procesos del pensamiento", "conflicto en la toma de decisiones", deterioro en la interpretación de los sueños", "déficit de conocimiento" y "deterioro de la memoria" disminuyen en el 91%, 97,9%, 97,4 %, 97,3% y 83% de los pacientes, respectivamente ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

Patrón Funcional 7 (Patrón Autopercepción-Autoconcepto)

Al ingreso 67,18 y 7 pacientes presentaban un patrón muy alterado, bastante alterado y moderadamente alterado, respectivamente; en conjunto, el *score* era de 4,45 ± 1. Al alta hospitalaria, su *score* medio era de 1.72 ± 0.70 (- 2,72 ± 1, $p<0.001$, **t** de Student para datos apareados), observándose que no presentaban alteración alguna 38 pacientes y los restantes se distribuían así: 51 pacientes poco alterado, 8 pacientes moderadamente alterado y 1 pacientes bastante alterado. La comparación de los datos al ingreso-alta demuestra una mejoría significativa al alta ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

Respuestas identificadas. Se observaban respuestas alteradas en todos los pacientes, siendo la más frecuente la referida a "ansiedad" (86 pacientes), seguida de "riesgo de violencia dirigida hacia sí o hacia otros", "baja autoestima", "trastorno de la imagen corporal" y "desesperanza" en 44, 36, 34 y 29 pacientes, respectivamente. Al alta hospitalaria, el grado de alteración de la respuesta "ansiedad", "violencia hacia sí o hacia otros", "baja autoestima", "trastorno de la imagen corporal" y desesperanza" han disminuido en el 98%, 95,9%, 100%, 92% y 93% de los pacientes, respectivamente ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

Patrón Funcional 8 (Patrón Rol- Relaciones)

Al ingreso 68, 30 y 2 pacientes presentaban un patrón muy alterado, bastante alterado y moderadamente alterado, respectivamente; en conjunto, el *score* era de 4,66 ±

0,51. Al alta hospitalaria, su *score* medio era de 2,02 ± 0.85 (-2,64 ± 0,71, p<0.001, **t** de Student para datos apareados), observándose que no presentaban alteración alguna 31 pacientes y los restantes se distribuían así: 39 pacientes poco alterado, 28 pacientes moderadamente alterado, 1 pacientes bastante alterado y 1 muy alterado con mejoría significativa al alta (p<0.001, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

Respuestas identificadas. Se observaban respuestas alteradas en todos los pacientes; la mayor alteración de la respuesta se obtuvo en la referente a "deterioro en la interacción social" (92% de los pacientes), seguida de "aislamiento social" (86%), "interrupción de los procesos familiares" (78%), "cansancio del rol de cuidador" (77%), "deterioro en la comunicación verbal" (29%) y "duelo anticipado" (27%). Al alta hospitalaria, el grado de alteración de las respuestas "deterioro en la interacción social", "aislamiento social", "interrupción de los procesos familiares", "cansancio del rol de cuidador", "deterioro en la comunicación verbal" y "duelo anticipado" ha disminuido en el 91%, 87%, 72%, 60%, 99% y 98% de los pacientes, respectivamente (p<0.001, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

Patrón Funcional 9 (Patrón Sexualidad- Reproducción)

Al ingreso 22, 35 y 8 pacientes presentaban un patrón muy alterado, bastante alterado y moderadamente alterado, respectivamente; en conjunto, el *score* era de 3,79 ± 1,21. Al alta hospitalaria, su *score* medio era de 2,14 ± 0.79 (-1,64 ± 0,97, p<0.001, **t** de Student para datos apareados), observándose que no presentaban alteración alguna 18 pacientes y los restantes se distribuían así: 30 pacientes poco alterado, 27 pacientes moderadamente alterado y 1 paciente bastante alterado (p<0.001, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

Respuestas identificadas. Se observaban respuestas alteradas en todos los pacientes; la mayor alteración de la respuesta se obtuvo en la referente a "disfunción sexual" (35% de los pacientes), seguida de "patrones sexuales inefectivos" (33%).

Al alta hospitalaria, el grado de alteración de las respuestas "disfunción sexual" y "patrones sexuales inefectivos" ha disminuido en el 85% y 87% de los pacientes, respectivamente (p<0.001, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

Patrón Funcional 10 (Patrón Adaptación-tolerancia al estres)

Al ingreso 64, 30 y 6 pacientes presentaban un patrón muy alterado, bastante alterado y moderadamente alterado, respectivamente; en conjunto, el *score* era de 4,58 ±

0,60. Al alta hospitalaria, su *score* medio era de 1,89 ± 0.68 (-2,69 ± 0,76, p<0.001, **t** de Student para datos apareados), observándose que no presentaban alteración alguna 28 pacientes y los restantes se distribuían así: 56 pacientes poco alterado, 15 pacientes moderadamente alterado y 1 pacientes bastante alterado (p <0.001, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

Respuestas identificadas. La mayor alteración de la respuesta se obtuvo en la referente a "afrontamiento inefectivo" (99% de los pacientes), seguida de "deterioro en la adaptación" (93%), "afrontamiento familiar incapacitante" (61%), "riesgo de lesión o automutilación" (26%) y "riesgo de suicidio" (21%). Al alta hospitalaria, el grado de alteración de la respuesta "afrontamiento inefectivo" ha disminuido, solucionándose el problema en el 22% de pacientes; en la respuesta "deterioro en la adaptación" desaparece el problema en el 12%; en la respuesta "afrontamiento familiar incapacitante" desaparece el problema en el 10% de los casos y algún grado de alteración continua presentándose en el 53%; en la respuesta "riesgo de lesión o automutilación" disminuye en todos los pacientes, desapareciendo en el 13% y en la respuesta "riesgo de suicidio" desaparece en el 52% (p <0.001, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

Patrón Funcional 11 (Patrón Valores y Creencias)

Al ingreso 6, 15 y 9 pacientes presentaban un patrón muy alterado, bastante alterado y moderadamente alterado, respectivamente; en conjunto, el *score* era de 3,90 ± 0,71. Al alta hospitalaria, su *score* medio era de 1,47 ± 0.62 (-2,43 ± 0,72, p<0.001, **t** de Student para datos apareados), observándose que no presentaban alteración alguna 18 pacientes y los restantes se distribuían así: 10 pacientes poco alterado, 2 pacientes moderadamente alterado (p<0.001, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

Respuestas identificadas. Se observaban respuestas alteradas en todos los pacientes con mayor alteración de la respuesta "sufrimiento espiritual" (29% de los pacientes). Al alta hospitalaria, el grado de alteración de esta respuesta ha disminuido en todos los pacientes, desapareciendo completamente en 13 de ellos (p<0.001, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

La variación media del cambio al alta, respecto al ingreso de los patrones por pacientes se muestra en la 1 tabla.

	Pacientes	Media de cambio por patrón	Desv. estandar	Cambio Mínimo	Cambio máximo
Variación media	100	+2.57	0.46	+0.5	+3.6

(Tabla 1) Variación media: El valor de cada paciente se obtiene del promedio de cambio entre los patrones de ese paciente

La variación media del total de los patrones en el total del grupo de estudio, se muestara en la tabla 2:

	Pacientes	Media	Desv. estandar	Mínimo	Máximo
Variación total	100	+24.91	4.84	+4	+36

(Tabla 2) Variación total: El valor de cada paciente se obtiene mediante el sumatorio algebraíco del cambio acaecido de todos sus patrones

4.3 ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LAS INTERVENCIONES Y LAS RESPUESTAS CODIFICADAS POR NANDA QUE MUESTRAN EL PATRÓN ALTERADO

Es necesario analizar la influencia de las intervenciones realizadas por Enfermería en la resolución de las respuestas alteradas que condicionan la alteración de los patrones de salud; para ello se ha utilizado un análisis de regresión logística. Se ha contabilizado el número total de intervenciones realizadas para cada enfermo, configurando dicho sumatorio una variable sintética global de intervención, mientras que los cambios de las respuestas alteradas se han estratificado a intervalos de 4 puntos (Tabla III). Del mismo modo, también se han configurado variables resultantes del conteo de intervenciones realizadas con utilidad e influencia prevista para cada uno de los distintos campos considerados: fisiológicos básicos, fisiológicos complejos, conductuales, seguridad, familiares y sistemas de salud (Tabla IV).

Por último, hay que indicar que en los modelos se han incluído siempre tres variables de ajuste: edad en años, sexo de los pacientes y diagnóstico psiquiátrico. La inclusión de estas variables permite ponderar de forma ajustada el grado de influencia de las intervenciones sobre el grado de mejoría. De esta forma al ajustar siempre por estas variables, el modelo tiende a ofrecernos estimaciones más robustas y menos influenciables por las situaciones intrínsecas de los propios pacientes en el origen y con

ello, ofrece la posibilidad de extraer conclusiones independientemente de la situación previa de los pacientes.

Variable explicada: CAMBIO (intervalos de 4 puntos)	OR	IC 95%	P
TOTAL INTERVENCIONES (∑ número intervenciones)	1.02	0.00 – 1.04	0.015
DIAGNÓSTICO (trastornos estado ánimo)	2.60	0.14 – 5.94	0.022
EDAD (años)	0.98	0.55 – 1.00	0.130
SEXO	1.08	0.49 – 2.37	0.835

TABLA III. Análisis multivariante sobre total de intervenciones y cambio en las respuestas alteradas al alta. OR= Odds Ratio; IC=Intervalos Confianza

Variable explicada: CAMBIO (intervalos de 4 puntos)	OR	IC 95%	P
TOTAL INTERVENCIONES (C. fisiológico básico)	1.11	1.00 – 1.23	0.038
TOTAL INTERVENCIONES (C. fisiológico complejo)	1.42	1.07 – 1.88	0.013
TOTAL INTERVENCIONES (C. conductual)	1.09	1.03 – 1.17	0.004
TOTAL INTERVENCIONES (C. seguridad)	0.78	0.65 – 0.92	0.005
TOTAL INTERVENCIONES (C. familiar)	0.90	0.80 – 1.01	0.086
TOTAL INTERVENCIONES (C. sistemas salud)	0.78	0.63 – 0.97	0.031

TABLA IV. Análisis multivariante sobre total de intervenciones y cambios en campos de actuación. OR=Odds Ratio; IC=Intervalos Confianza; C=Campo

DISCUSIÓN

Los Patrones Funcionales alterados con mayor frecuencia al ingreso, en nuestro estudio, son: "percepción manejo de la salud", "actividad ejercicio", "sueño-descanso", "cognitivo conductual", "rol-relaciones" y "autopercepción–autoconcepto", mientras que los patrones que se detectan alterados en menor medida son: "valores y creencias", "sexualidad–reproducción", "eliminación" y alimentación".

Las intervenciones enfermeras más frecuentes y más efectivas se realizan en los campos fisiológico básico, fisiológico complejo y conductuales, presentando una impronta menor las intervenciones de tipo seguridad, familiar y sistemas de salud; ello puede deberse a varios factores: a) el escenario donde se ha desarrollado el estudio (unidad de corta estancia) con pacientes agudos que presentan alteraciones importantes

de tipo fisiológico, que en muchas ocasiones son una repercusión de las alteraciones cognitivas y conductuales; b) la enfermera al cuidado de este tipo de pacientes detecta los problemas resultantes de la alteración psíquica y sus repercusiones, pero no destaca las intervenciones que realiza en su resolución, posiblemente por tenerlas integradas en su labor asistencial cotidiana y c) la dependencia histórica de la Enfermería al paradigma médico de la asistencia, hace que el personal de enfermería destaque más las intervenciones interdependientes vinculadas a dicho modelo que a las independientes de Enfermería.

Según nuestros resultados, durante la estancia hospitalaria evolucionan favorablemente los patrones funcionales analizados de forma global, si bien la evolución no es igual en todos los patrones. La relación entre número de intervenciones y resolución de los patrones funcionales alterados es más frecuente en los trastornos del estado de ánimo que en las esquizofrenias, ya que a mayor número de intervenciones la probabilidad de pasar de bajas a altas mejorías es mayor.

Las respuestas alteradas que se presentan al ingreso hospitalario son el resultado de las alteraciones psicopatológicas, de la falta de conciencia de enfermedad y de la falta de actividades de relación social, que dificultan el mantenimiento del estado de salud y el proceso de socialización del paciente.

La influencia de las intervenciones de enfermería en la resolución de respuestas alteradas y en la consecución de los objetivos, queda reflejada en nuestros datos referentes al análisis multivariante, aunque hay que resaltar que no se han tenido en cuenta otros parámetros como las intervenciones de otros profesionales (psiquiátras, psicologos, medicación, medio ambiente, etc.).

Las interveciones enfermeras con mayor eficacia se realizan sobre los campos fisiológico básico, fisiológico complejo y conductual; los restantes grupos de intervenciones influyen también en el sentido de cambio/mejoría, pero no alcanzan grado de significatividad por sí mismas, aunque contribuyen a la explicación de dicho cambio. Nuestro estudio detecta la interrelación entre las intervenciones agrupadas por campos y la mejoría, tanto en lo referente a respuestas alteradas como en la consecución de objetivos; esta relación se plantea de forma directa, ya que a más intervenciones aumenta la mejoría.

CONCLUSIONES

1. Las/os enfermeras/os de una planta de hospitalización de Psiquiatría en un hospital general SI que detectan respuestas alteradas y realizan intervenciones organizadas y estructuradas para alcanzar la resolución de las mismas.

2. La recogida de datos por patrones funcionales se muestra eficaz en la aplicación del proceso de cuidados, detectandose problemas reales o potenciales que están contenidos en la taxonomía propuesta por NANDA.

3. Las intervenciones que realizadas son similares al listado propuesto por la Universidad de Iowa (NIC) y su realización repercute directamente en la consecución de objetivos de salud y en la resolución de problemas. Las intervenciones seleccionadas para la resolución de problemas responden a las expectativas de eficacia (a mayor número de intervenciones mejoría más acusada de los patrones alterados con mayor consecución de los objetivos de salud).

4. La utilización de taxonomías estandarizadas en la detección de problemas y aplicación de cuidados facilita la transmisión de conocimientos sobre las estrategias para ello (Enfermería Basada en la Evidencia), aunque existen dificultades estructurales y formativas para su aplicación práctica.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

Bertazzoni G. Nursing Intervention Classification (NIC) and Nursing Outcome Classification (NOC) of Iowa University: a description of methods, tools and contentes. Italia Professioni Infermeristiche 2003; 56:143-158

Bulechek G, McCloskey M, Joanne C. Nursing Interventions. Effective Nursing Treatments. 3º ed. Philadelphia. Saunders Co. 1999

Fornes J. El proceso de valoración en enfermería en Salud Mental 2002 en Intersalud.net http://www.intersalud.net/articulos/fornes.htm (1 de diciembre 2004)

Gordon M. Manual of Nursing Diagnoses. 10ª Edition. St. Louis. Mosby. 2002

Johnson M, Bulechek GM, McCloskey M, Maas J, Moorhead M. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Madrid. Harcourt-Mosby. 2002

Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de resultados de enfermería (CRE) Nursing outcomes classification (NOC). Barcelona. Harcourt. 2000

MacClokey J Dochterman, Bulechek GM. Nursing Interventions Classification (NIC). Iowa. Mosby 2004

NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones 2003-2004. Madrid. Elseiver. 2003

North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos Enfermeros de la NANDA. Definiciones y Clasificación 1999-2000. Madrid. Harcourt Brace. 1999

Sales R, Albertos S, Piqué J, Merelles A, Leal MI. Diagnósticos de Enfermería. Aplicación en una Unidad Psiquiátrica de un Hospital General. Valencia. Nau Llibres. 1991

Sales R. Análisis del proceso de cuidados de Enfermeríaen una sala de Psiquiatría. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla. 2005

Sales R. http://www.anesm.net/documentos/protocolosdeValoraciónR.Sales. 2004 (5 de Septiembre 2006)

ANEXOS:

ANEXO I

1º.- Patrón percepción manejo de la salud
Automedicación
Incumplimiento del tratamiento
Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar
Manejo inefectivo régimen terapéutico
Protección ineficaz
Riesgo de intoxicación, lesión, asfixia

2º.- Patrón nutricional-metabólico
Desequilibrio nutricional por defecto
Desequilibrio nutricional por exceso
Desequilibrio por exceso o déficit de líquidos

3º.- Patrón de eliminación
Diarrea
Estreñimiento
Incontinencia o retención urinaria
Percepción subjetiva de la eliminación

4º.-Patrón de actividad y ejercicio
Déficit de actividades recreativas
Déficit de autocuidados: Alimentación
Déficit de autocuidados: baño/ higiene
Dificultad en el mantenimiento del hogar
Trastorno o riesgo de la movilidad física
Vagabundeo

5º.- Patrón de sueño y descanso
Deterioro del patrón de sueño
Deprivación del sueño

6º.- Patrón cognitivo-perceptivo
Conflicto de decisiones
Déficit de conocimiento
Deterioro de la memoria
Deterioro en la interpretación del entorno
Trastorno procesos pensamiento

7º.-Patrón de autopercepción y autoconcepto
Ansiedad
Baja Autoestima
Desesperanza
Riesgo violencia autodirigida o dirigida a otros
Trastorno de la imagen corporal

8º.- Patrón de rol y relaciones
Aislamiento social
Cansancio del rol de cuidador
Deterioro de la interacción social
Deterioro en la comunicación verbal
Duelo anticipado
Interrupción de los procesos familiares

9º.- Patrón de sexualidad y reproducción
Disfunción sexual
Patrones sexuales inefectivos

10º.- Patrón de adaptación y tolerancia al estrés
Afrontamiento familiar incapacitante
Afrontamiento inefectivo
Deterioro en la adaptación
Riesgo de automutilación
Riesgo de suicidio

11º.- Patrón de valores y creencias
Sufrimiento espiritual

ANEXO II

	INTERVENCIONES SELECCIONADAS	**SELECCIÓN DE ACCIONES QUE IDENTIFICAN LA INTERVENCIÓN**
codigo	**CAMPO 1: FISIOLÓGICO BÁSICO**	
1050	**Alimentación** Proporcionar la ingesta nutricional al paciente que no puede alimentarse por sí mismo	*Dar alimentación adecuada a las necesidades. Suplir las deficiencias en la alimentación que el paciente no es capaz de cubrir por sí mismo. Explicar la dieta necesaria.*
1804	**Ayuda a los autocuidados (aseo)** Ayudar al paciente en a realizar su higiene personal en la medida que no pueda realizarlo por sí mismo	*Suplir al paciente en las necesidades que no pueda cubrir por sí mismo. Enseñar al paciente a que sea lo más autosuficiente posible. Pautas de conducta en el uso del WC, limpieza, etc.*
1803	**Ayuda a los autocuidados (alimentación)** Ayudar a una persona a comer	*Identificar la dieta prescrita. Colocar al paciente en posición cómoda. Anotar la ingesta. Crear una mabiente agradable en las comidas*
6580	**Contención mecánica** Sujeción del paciente mediante instrumentos específicos para tal fin para evitar autolesión o agresiones a otros	*Utilizar los instrumenos adecuados a cada caso, sin excederse ni por defecto ni por exceso. Controlar las lesiones que puedan aparecer por la contención mecánica. No utilizar la contención mas tiempo del imprescindible. Se informa al paciente de las pautas que se van a seguir para quitarle las medidas de contención.*
1020	**Etapas en la dieta** Pautas alimentarias que debe seguir el paciente en función de sus necesidades	*Control sobre la cantidad y estructura de las deposiciones. Alimentación astringente. Control de líquido ingerido. Dieta líquida*
5612	**Enseñanza actividad ejercicio** Preparar a un paciente para que consiga y mantenga el nivel de actividad prescrito.	*Informar al paciente sobre el beneficio de la actividad. Informar al paciente de la forma de realizar la actividad. Observar al paciente mientras realiza la actividad. Ejercicio rutina diaria*
0200	**Fomento del ejercicio** Facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y nivel de salud	*Dar pautas para la movilidad. Estimular la apetencia por la actividad. Guía de actividades. Repetir rutinas*
1850	**Fomentar el sueño** Facilitar las condiciones idóneas para garantizar un sueño reparador y gratificante	*Determinar el esquema sueño/reposo Registro de las horas del sueño. Registro de la estructura del sueño. Registrar somnolencias diurnas. Enseñar los efectos de la medicación del sueño y sus contraindicaciones. Disminuir la preocupación sobre el sueño. Ambiente relajado*

0180	**Manejo de la energía** Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones	*Estimular la apetencia por la actividad. Dar pautas realistas de conducta*
1100	**Manejo de la nutrición** Enseñanza al paciente y familia sobre la adecuación de la alimentación, aporte calórico, etc.	*Evaluar la capacidad del paciente de conocer y prepara la alimentación adecuada. Enseñar al paciente sobre los productos alimentarios adecuados.*
1160	**Monitorización nutricional** Recogida y análisis de los datos del paciente para evitar o minimizar la malnutrición	*Pesar al paciente a intervalos establecidos. Vigilar la tendencia a pérdida o ganancia de peso. Controlar el ejercicio habitual.*

	INTERVENCIONES SELECCIONADAS	**ACCIONES QUE IDENTIFICAN LA INTERVENCIÓN**
codigo	**CAMPO 2 FISIOLÓGICO COMPLEJO**	
2300	**Administración de medicación** Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos	*Preparar la medicación según las pautas prescritas. Observar que el paciente ingiera la medicación. Detectar conductas inadecuadas con la medicación.*
2380	**Manejo de la medicación** Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos.	*Determinar los medicamentos prescritos. Administrar de acuerdo con la prescripción. Observar efectos adversos. Enseñar al paciente y familia el método de administración de los medicamentos.*
4120	**Manejo de líquidos** Enseñar y proporcionar al paciente la cantidad adecuada de líquidos en función de la eliminación.	*Adecuar la ingesta líquidos a las necesidades. Control de dehidratación. Sondaje. Cuidados de la incontinencia urinaria. Control de pliegues cutáneos.*
	Manejo de líquidos/ electrolitos Control y seguimiento de la cantidad de líquidos ingeridos y eliminados	*Se controla el líquido que elimina. Control de la tensión arterial. Control de pérdida electrolítica. Control de las características del vómito. Control sobre las causas del vómito.*
4130	**Monitorización de líquidos** Recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de líquidos.	*Vigilar ingresos y egresos. Comprobar niveles de electrolitos. Determinar la cantidad de ingesta de líquidos.*

codigo	CAMPO 3 CONDUCTUAL	
	INTERVENCIONES SELECCIONADAS	**ACCIONES QUE IDENTIFICAN LA INTERVENCIÓN**
4420	**Acuerdo con el paciente** Negocio de un acuerdo con el paciente para reforzar un cambio de conducta específico	*Ayudar al paciente a identificar prácticas de salud que se desea cambiar. Determinar los objetivos del cuidado. Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas.*
5240	**Asesoramiento** Ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente. Apoyar la capacidad de resolver problemas.	*Establecer una relación terapéutica centrada en la confianza y el respeto. Demostrar simpatía y calidez. Favorecer la expresión de sentimientos. Ayudar al paciente a identificar problemas.*
5248	**Asesoramiento sexual** Proceso de ayuda centrado en la necesidad de realizar un ajuste de la práctica sexual	*Establecer metas realistas. Asegurar confidencialidad. Relación terapéutica basada en la confianza y el respeto. Informar acerca del funcionamiento sexual. Identificar las limitaciones que puedan presentarse.*
5230	**Aumentar afrontamiento** Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que puedan interferir en la vida cotidiana	*Se le explica de forma comprensible los beneficios de la medicación y sus efectos secundarios. Se le explican los síntomas de la enfermedad. Fomentar actividades sociales. Fomentar la relación con personas con intereses comunes.*
5270	**Apoyo emocional** Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión	*Apoyar mecanismos de defensa adecuados. Animar al paciente a que exprese sus sentimientos. Escuchar la expresión de los sentimientos del paciente.*

5250	**Apoyo en la toma de decisiones** Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios	*Comentar las experiencias emocionales del paciente. Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. Ayudar al paciente a la expresión de sentimientos. Determinar las diferencias entre el punto de vista del paciente y el de los cuidadores. Informar de alternativas. Ayudar al paciente a identificar ventajas e inconvenientes de conductas alternativas. Guía de recursos religiosos.*
5440	**Aumentar sistemas de apoyo** Facilitar el apoyo del paciente por parte de la familia, amigos y comunidad	*Determinar las redes sociales existentes. Determinar el grado de apoyo familiar. Valorar la posibilidad de nuevos recursos*
5460	**Contacto** Proporcionar consuelo y comunicación a través de un contacto tactil intencionado	*Colocar el brazo alrededor del paciente. Coger una mano del paciente. Ggolpear suavemente la espalda**.** Llamarlo por su nombre. Saludarle los buenos días o las buenas noches. Presencia discreta.*
5330	**Control del humor** Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un humor disfuncionalmente deprimido o eufórico	*Evaluar el humor. Escucha activa. Determinar si el paciente presenta riesgos para la seguridad de sí mismos y de los demás. Poner en práctica las precauciones necesarias.. Vigilar la función cognitiva.*
5820	**Disminución de la ansiedad** Minimizar la aprensión, temor, etc. relacionados con una fuente no identificada de peligro.	*Facilitar la relación interpersonal y la empatía. Disminuir estímulos ambientales. Fomentar actividades no competitivas. Reducir el miedo. Apoyar mecanismos de defensa adecuados. Escuchar la expresión de los sentimientos del paciente*
5460	**Dar esperanza** Facilitar el desarrollo de una perspectiva positiva en una situación dada	*Ayudar al paciente y familia a identificar las áreas de esperanza de vida. Ampliar el repertorio de mecanismos de resolución de problemas. Facilitar el alivio.*
5606	**Enseñanza individual** Planificación puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades del paciente.	*Determinar las enseñanzas del paciente Valorar el nivel de conocimiento y comprensión. Valorar las capacidades cognitivas, afectivas y psicomotoras. Determinar la motivación. Valorar el estilo de aprendizaje.*

5616	**Enseñanza medicación prescrita** Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observe sus efectos secundarios.	*Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas de los medicamentos. Informar sobre el propósito y acción de cada medicamento. Evaluar la capacidad del paciente para administrarse la medicación. Enseñar al paciente a detectar efectos secundarios*
5624	**Enseñanza sexualidad** Ayudar al paciente a que comprendas las conductas adecuadas e improcedentes respecto a la sexualidad	*Establecer la relación terapéutica Determinar el conocimiento del paciente sobre la sexualidad. Proporcionar información sobre el funcionamiento sexual. Ayudar al paciente a que entienda las pautas de la relación sexual.*
5614	**Enseñanza: Dieta prescrita** Alimentación específica en función de las necesidades alimentarias del paciente	*Alimentación adecuada a las necesidades en estructura y aporte calórico. Dieta líquida. Alimentación astringente.*
	Enseñanza: proceso de la enfermedad Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con un proceso de enfermedad específico	*Describir los signos y síntomas de la enfermedad. Evaluar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad. Describir el proceso. Proporcionar información a la familia. Comentar el cambio de vida que implica.*
4340	**Entrenamiento de la asertividad** Ayudar al paciente en la expresión efectiva de sentimientos, necesidades e ideas a la vez que se respetan los derechos de los demás	*Ayudar al paciente a que identifique las conductas asertivas de las que no lo son. Ayudar a identificar los derechos personales, responsabilidades y normas. Diferenciar entre conductas afirmativas y agresivas.*
4760	**Entrenamiento de la memoria** Mejorar la memoria	*Estimular la memoria. Recordarle nombres, situaciones, visitas, etc. que hayan pasado en corto espacio de tiempo. Reglas nemotécnicas y juegos de memoria. Crear un ambiente seguro, positivo y terapéutico. Eliminar*
4920	**Escucha activa** Atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales del paciente	*Mostrar interés por el paciente. Favorecer la expresión de los sentimientos. Mostrar sensibilidad ante las emociones. Estar atento al tema, forma de expresión y formas de comunicación. Calcular las respuestas.*
4380	**Establecer límites** Establecer los parámetros de una conducta deseable y aceptable del paciente	*Identificar la conducta indeseable del paciente. Establecer expectativas razonables de conducta, en función de la situación y el paciente. Discutir las preocupaciones con el paciente acerca de su conducta.*

5520	**Facilitar el aprendizaje** Fomentar la capacidad de procesar y comprender la información	*Establecer metas realistas. Ajustar las instrucciones a nivel de conocimiento y comprensión del paciente. Proporcionar la información adecuada. Utilizar un lenguaje coloquial.*
4974	**Fomento de la comunicación** Estimular que el paciente cuente sus sensaciones y se relaciones con otras personas.	*Analizar las formas de comunicación que utiliza el paciente. Facilitar una comunicación comprensible Enseñar formas de comunicación socialmente aceptables. Estimular la relación social*
5430	**Grupo de apoyo** Uso de ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud de sus miembros	*Favorecer la relación empática con los otros pacientes. Estimular las actividades de grupo. Crear una atmósfera relajada y de aceptación*
4350	**Manejo de la conducta** Ayudar al paciente a controlar el comportamiento negativo	*Guía de comportamiento. Establecer límites. Facilitar que el paciente mantenga su autocontrol. Enseñar al paciente al control de su conducta. Criticar conductas inadecuadas. Estimular conductas asertivas.*
4350	**Orientación en la realidad** Fomento de la consciencia del paciente acerca de la identidad personal, tiempo y ambiente	*Informar al paciente acerca de personas lugares, y tiempo. Etiquetar los artículos del ambiente para favorecer el reconocimiento. Permitir el acceso a objetos familiares. Asignar cuidadores que sean familiares para el paciente*
5400	**Potenciación de la autoestima** Elevar la percepción sobre las capacidades que tiene el paciente de sí mismo.	*Valorar la red de sistemas de apoyo. Animar al paciente a participar en actividades sociales. Estimular al paciente a emprenda tareas posibilistas. Gratificar al paciente en los logros.*
5400	**Potenciación de la seguridad** Intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de un paciente	*Disponer de un ambiente no amenazador. Evitar situaciones emocionales intensas. Discutir los cambios que se avecinen. Mostrar calma.*
5100	**Potenciación de la socialización** Facilitar la capacidad de una persona para interactar con otros	*Fomentar las implicaciones en las relaciones. Animar al paciente a desarrollar relaciones. Fomentar actividades sociales. Fomentar el respeto a los derechos de los demás.*
5370	**Potenciación de roles** Ayudar al paciente, a un ser querido o a un familiar a mejorar sus relaciones clarificando y complementando conductas de papeles específicos	*Ayudar al paciente a identificar los diferentes papeles de la vida. Ayudar al paciente a identificar roles en la familia. Ayudar al paciente a identificar cambios de roles.*

5340	**Presencia** Permanecer con un paciente en los momentos de necesidad, tanto física como psicológica	*Presencia física. Oferta de ayuda. Escucha activa. Mostrar interés por las expresiones del paciente. Mostrar actitud de aceptación.*
5880	**Técnica de relajación** Proporcionar un anbiente seguro y tranquilo	*Disminuir los estímulos ambientales. Proporcionar un ambiente de seguridad.*
4310	**Terapia de actividad** Plan de actividades oraganizadas que contribuye al beneficio del paciente	*Dar pautas organizadas de actividad y distracción. Describir al paciente las posibilidades existentes. Marcar los limites en cuanto a horarios para cada actividad*

	INTERVENCIONES SELECCIONADAS	**ACCIONES QUE IDENTIFICAN LA INTERVENCIÓN**
codigo	**CAMPO 4 SEGURIDAD**	
4380	**Aislamiento** Confinamiento solitario en un ambiente totalmente protector con una estrecha vigilancia por parte del personal de cuidados en razón de la seguridad o para el control de determinadas conductas.	*Identificar las conductas que necesitan de la intervención, para el paciente o sus familiares. Explicar al paciente y a sus seres queridos las conductas necesarias para suspender la intervención. Realizar acuerdos con el paciente para mantener el control de la conducta. Instruir en métodos de autocontrol.*
6610	**Identificación de riesgos** Análisis de factores de riesgo potenciales. Estrategias de disminución de riesgos	*Valoración rutinaria sobre posibles riesgos Se observan conductas o conversación que impliquen violencia. Determinar la presencia y calidad de apoyo familiar*
6480	**Manejo ambiental** Manipulación del entorno del paciente para conseguir beneficios terapéuticos. Crear un medio positivo y terapéutico para el paciente.	*Identificar y eliminan objetos peligrosos o potencialmente peligrosos. Evitar situaciones o conversaciones violentas o potencialmente violentas. Ambiente relajado y sociable.Relación empatica por el personal. Disminuir estímulos ambientales negativos. Acompañamiento. Permitir que el paciente disponga de objetos familiares.*
	Manejo ambiental: prevención de violencia Control y manipulación del ambiente físico para disminuir potencialmente las conductas violentas dirigidas hacia	*Eliminar instrumentos potencialmente peligrosos. Controlar periódicamente el ambiente. Controlar los artículos que traen las visitas. Limitar al paciente el uso de objetos potencialmente peligrosos. Vigilar al paciente. Controlar el tipo de*

	uno mismo, los demás o el ambiente	*relaciones que establece.*
6510	**Manejo de las alucinaciones** Estimulación de la sensación de seguridad, comodidad y orientación en la realidad de un paciente que experimenta alucinaciones	*Establecer una relación de confianza. Registrar conducta del paciente. Registrar conversaciones del paciente. Facilitar que el paciente exprese su alucinaciones. Administración de la medicación.*
6440	**Manejo del delirio** Disposición de un ambiente seguro y terapéutico para el paciente que experimenta un estado confuso agudo	*Reconocer los miedos y sentimientos del paciente. Proporcionar una seguridad optimista y realista. Proporcionar consideración positiva incondicional. Mantener un ambiente libre de peligros.*
6450	**Manejo ideas ilusorias** Fomento de la comodidad, seguridad y orientación de la realidad del paciente que experimenta ideas falsas, fijas, que tienen poca o ninguna base real	*Escuchar las ideas ilusorias. Estimular al paciente a que cuente sus ideas ilusorias antes de que actúe sobre ellas. Valorar el estado psíquico del paciente. Establecer límites. Facilitar que el paciente mantenga su autocontrol. Observación discreta de su conducta, conversaciones y funcionamiento cognitivo*
6470	**Precaución contra fugas** Minimizar el riesgo de abandono sin autorización del sitio de tratamiento cuando su partida represente una amenaza para su seguridad o la de otras personas	*Observar al paciente por si hubiera indicios de fuga. Clarificar el estado legal del paciente. Comunicar el riesgo a los demás cuidadores. Familiarizar al paciente con el ambiente y la rutina para disminuir la ansiedad. Limitar al paciente a un ambiente fisicamente seguro. Aumentar la supervisión.*
4390	**Terapia ambiental** Utilización de personas, recursos y sucesos del ambiente inmediatos al paciente para promover un funcionamiento psicosocial óptimo	*Identificar factores ambientales que contribuyan a la conducta del paciente. Potenciar la normalidad del ambiente mediante instrumentos cotidianos (cuadros, fotografías, etc.). Minimizar las restricciones. Facilitar libros, revistas, TV. radio, etc.*
6650	**Vigilancia** Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clinicas	*Identificar alteración en la conducta que puedan alterar la seguridad. Observación discreta de su conducta y conversaciones*
6654	**Vigilancia: seguridad** Análisis de la información acerca del paciente y del ambiente para utilizarla en la promoción y mantenimiento de la seguridad	*Vigilar el ambiente para evitar que aparezcan objetos o situaciones peligrosos. Supervisar la relación entre ambiente y el paciente. Se observa que tome la medicación.Comunicar los riesgos reales o potenciales detectados*

	INTERVENCIONES SELECCIONADAS	ACCIONES QUE IDENTIFICAN LA INTERVENCIÓN
codigo	**CAMPO 5 FAMILIA**	
7140	**Apoyo a la familia** Estimulación de los valores, intereses y objetivos familiares	*Ofrecer apoyo a la familia. Informar sobre los recursos socio sanitarios existentes. Determinar la carga psicológica de la familia. Favorecer la relación de confianza de la familia*
7040	**Apoyo al cuidador principal** Suministro de la información necesaria, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente	*Determinar el nivel de conocimientos sobre la enfermedad del cuidador principal. Aceptar expresiones de emoción negativa. Analizar e informar al cuidador de los aspectos positivos y negativos de su conducta con el paciente. Animar y estimular al cuidador a que asuma su responsabilidad. Enseñar al cuidador el manejo del estrés.*
	Asistencia en el mantenimineto del hogar Ayudar al paciente y familia a mantener la estructura del domicilio como un lugar seguro y placentero	*Implicar al paciente y la familia en el mantenimiento del hogar. Proporcionar la información sobre elementos de riesgo que puedan existir en el hogar. Solicitar servicios asistenciales del mantenimiento del hogar*
	Estimulación de la integridad familiar Favorecer la cohesión y unidad familair	*Determinar la carga psicológica de la familia. Favorecer la relación de confianza de la familia. Informar de los recursos existentes*
7560	**Facilitar las visitas** Estimular la relación del apciente con familiares y amigos**.**	*Explicar a los seres allegados la normativa de visitas. Permisividad e el horario de visitas.*
	Fomento de la implicación familiar Facilitar la participación familiar en el cuidado emocional y físico del paciente	*Identificar las capacidades de la familia en el cuidado del paciente. Observar la estructura familia, su roles y relaciones. Facilitar la comprensión de la enfermedad. Dar pautas de comportamiento*
	Mantenimiento de procesos familiares Minimizar los efectos en los procesos de ruptura familiar	*Favorecer la relación de confianza de la familia. Informar de los recursos existentes. Determinar el proceso familiar. Ayudar a la familia a la utilización de estrategias de normalización familiar.*

	INTERVENCIONES SELECCIONADAS	ACCIONES QUE IDENTIFICAN LA INTERVENCIÓN
codigo	**CAMPO 6** **SISTEMAS DE SALUD**	
5250	**Apoyo en la toma de decisiones** Proporcionar información y apoyo a un paciente que debe tomar una decisión sobre cuidados sanitarios	*Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y el punto de vista de los cuidadores sobre la condición del paciente. Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones*
7400	**Guías del sistema sanitario** Facilitar al paciente la localización adecuada de los servicios sanitarios	*Explicar el sistema de cuidados, su funcionamiento y sus límites. Informar al paciente sobre las instalaciones. Informar sobre los profesionales de contacto. Disponer del sistema de seguimiento. Explicar el organigrama de la sala.*
8700	**Desarrollo de programa** Planificación, ejecución y evaluación de un conjunto coordinado de actividades diseñado para aumentar el bienestar o eliminar o reducir un problema de salud	*Registrar los progresos del paciente. Registrar las razones de la variación de los resultados. Evaluar las variantes que se producen. Colaborar con otros profesionales en el desarrollo del curso.*
5510	**Educación sanitaria** Proporcionar instrucciones de enseñanzas para conseguir la salud	*Identificar factores internos y externos que puedan incidir en conductas sanitarias. Identificar recursos para llevar a cabo programas de salud. Formular objetivos del programa de educación sanitaria*

ANEXO III RECOGIDA DE DATOS

Apellidos.....(solo siglas
Nombre .....

Fecha de nacimiento.....
Edad..... Sexo..... E. Civil.....
Estudios..... Profesión..... Estado laboral.....
Etnia..... Religión..... País de origen.....
Lengua.....

Fecha ingreso..... Fecha alta..... Ingresos anteriores.....dias….
Diagnóstico DSM IV.....
Otras patologías.....

1º Valoración del Patrón: Percepción-control de la salud	**R.H**		ingreso	La acciones se recogen en las siguientes siglas V.- Verbalizadas; T .- Transcritas; O.- Observadas	alta
1.Alteración o deterioro de la cognición, conocimiento o juicio que pueden implicar riesgo de accidente o lesión	**1.1**		Las características definitorias se consfirman con un "si" o un "no" al ingreso y al alta. Las intervenciones se transcriben con un 1 si eran idóneas y se realizan con un 2 si eran idóneas pero no se realizan y con un 3 si no eran idóneas. Las respuestas y el patrón se puntúan de 1 a 5 al ingreso y al alta.		
2.Conductas de riesgo relacionadas con alteraciones o deterioro cognitivo	**1.1**		**INTERVENCIONES/ACCIONES**		
3. Incapacidad o limitación para mantener una conducta saludable	**1.1**		1 Manejo ambiental , 2 Vigilancia, seguridad , 3 Identificación de riesgos, 4 sujeción mecánica 5 Manejo de medicación, 6 Enseñanza proceso enfermedad 7 Identificación de riesgos 8 Potenciación de la seguridad		
Riesgo de intoxicación, lesión, Traumatismo, Asfixia, etc	**R.H 1.1**				
4.Alteraciones cognitiva: pensamiento, percepción, conciencia, memoria o atención temporo-espacial que disminuyen la capacidad de autoprotección	**1.2**		**INTERVENCIONES**		
5 Respuestas inadaptadas que alteran su seguridad bio-psico-social.	**1.2**		1 Orientación en la realidad, 2 Aumentar afrontamiento, 3 Apoyo emocional, 4 Control del humor		
Protección ineficaz	**R.H 1.2**				
6. No sigue las directrices terapéuticas prescritas. No sabe, no puede o no las considera necesarias.	**1.3**		**INTERVENCIONES** 1 Educación sanitaria, 2 Desarrollo de programas, 3 Guias del sistema sanitario, 4 Enseñanza medicación prescrita		
Manejo ineficaz régimen terapéutico	**R.H 1.3**				
7. Manifestaciones cognitivas o conductuales que indican un incumplimiento de la medicación	**1.4**		**INTERVENCIONES**		
8.Observación de no seguimiento del tratamiento prescrito por incapacidad o limitación cognitiva	**1.4**		1 Acuerdo con el paciente, 2 Administración de medicación, 3 Guías del sistema sanitario, 4 Enseñanza medicación prescrita		
Incumplimiento del tratamiento	**R.H 1.4**				
9. Administra medicación o dosis diferentes a las prescritas por desconocimiento, o incapacidad	**1.5**		**INTERVENCIONES** 1 Educación sanitaria, 2 Desarrollo de programas, 3 Enseñanza medicación prescrita		
Automedicación	**R.H 1.5**				
10. Conductas familiares inadecuadas en el tratamiento médico o de manejo del paciente	**1.6**		**INTERVENCIONES** 1 Fomento de la implicación familiar, 2 Enseñanza proceso de la enfermedad, 3 Guias del sistema sanitario		
Manejo inefectivo del régimen Terapéutico familiar	**R.H 1.6**				
VALORACION GLOBAL DEL PATRÓN			**Alteración Ingreso**		**alta**

2º Valoración del Patrón: Nutricional-metabólico.	**R.H**		
1. Perdida de peso igual o mayor de 20% de su peso ideal	**2.1**		**INTERVENCIONES**
2 Aporte alimentario menor del requerido o inadecuado	**2.1**		1Alimentación , 2 Manejo de la nutrición
Desequilibrio nutricional por defecto	**R.H 2.1**		
3 Aumento de peso igual o mayor del 20% de su peso ideal	**2.2**		**INTERVENCIONES** 1 Monitorización de la alimentación, 2 Educación alimentaria, manejo de la nutrición
4 Aporte alimentario mayor del requerido o inadecuado	**2.2**		
Desequilibrio nutricional por exceso	**R.H 2.2**		
5 Patrones alimenticios disfuncionales/ Dieta especial. Falta de control alimentario.	**2.3**		**INTERVENCIONES** 1 Ayuda en el autocuidado alimentación, 2 Monitorización nutricional, 3 Etapas de la dieta
Alteración del patrón alimentario	**R.H 2.3**		
6 La ingesta de líquidos esta alterada por defecto o exceso	**2.4**		**INTERVENCIONES**
Desequilibrio por exceso o déficit de líquidos	**R.H 2.4**		1 Monitorización de líquidos/electrolitos, 2 Manejo de los líquidos
VALORACION GLOBAL DEL PATRÓN			**Alteración Ingreso** **alta**

3º Valoración del Patrón Eliminación.	**R.H**		
1 No controla la orina, se orina encima sin percibirlo	**3.1**		**INTERVENCIONES**
2 No elimina la orina. Micción escasa y frecuentes. Sondaje	**3.1**		
3 Hematuria o dolor en la micción	**3.1**		1Monitorización de líquidos, 2 Manejo de líquidos/electrolítos
Incontinencia o retención urinaria	**R.H 3.1**		
4 Mas de tres deposiciones diarias.	**3.2**		**INTERVENCIONES**
5 Deposiciones líquidas o pastosas	**3.2**		1 Etapas en la dieta,2 Monitorización de líquidos, 3 Manejo de líquidos/electrolítos
Diarrea	**R.H 3.2**		
6. Deposiciones inferiores a tres por semana	**3.3**		**INTERVENCIONES**
7. Estilo de vida sedentario que interfiere en la defecación			
8 Deposiciones duras. Dolor en la eliminación	**3.3**		1 Etapas en la dieta, 2 Manejo de la nutrición, 3 Monitorización nutricional
Estreñimiento	**R.H 3.3**		
9. Expectativas erróneas sobre la eliminación	**3.4**		**INTERVENCIONES**
10. Uso inadecuado de laxantes	**3.4**		1Asesoramiento, 2 Enseñanza individual, 3 Fomento del ejercicio
Percepción subjetiva de la eliminación	**R.H 3.4**		
VALORACION GLOBAL DEL PATRÓN		**Alteración Ingreso**	**alta**

4º Valoración de Patrón: Actividad/ ejercicio	**R.H**			
1. Disminución de la movilidad (causas físicas o psiquicas)	**4.1**		**INTERVENCIONES**	
2. Fuerza muscular disminuida	**4.1**			
3 Falta de hábitos de ejercicio físico	**4.1**			
4 Lentificación de movimientos	**4.1**		1 Manejo de la energía, 2 Enseñanza actividad ejercicio, 3 Fomento del ejercicio, 4 Terapia de actividad,	
5 Exaltación de la movilidad. Agitación	**4.1**			
Trastorno o riesgo en la movilidad física	**R.H 4.1**			
6 Conducta errática	**4.2**		**INTERVENCIONES**	
7 Movimientos frecuentes y repetidos.	**4.2**		1 Manejo ambiental, 2 Manejo de la energía, 3 Enseñanza dirigida	
Vagabundeo	**R.H 4.2**			
8 Incapacidad, limitación o inapetencia para llegar al inodoro y/o realizar la higiene posterior	**4.3**			
9 Incapacidad, limitación o inapetencia para realizar higiene personal. Medidas de higiene ineficaces	**4.3**		**INTERVENCIONES**	
10. Incapacidad o inapetencia para manejar la higiene de la ropa o utensilios. Medidas de higiene insuficientes	**4.3**		1 Ayuda a los autocuidados: aseo, 2 Enseñanza :individual, 3 Manejo ambiental, 4 Acuerdo con el paciente	
Déficit de autocuidados: WC, aseo, limpieza, etc.	**R.H 4.3**			
11 Incapacidad, limitación o inapetencia para preparar o ingerir alimentos	**4.4**		**INTERVENCIONES**	
12 Incapacidad limitación o mal uso en la utilización de utensilios en alimentación	**4.4**		1 Etapas de la dieta, 2 Ayuda a los autocuidados: alimentación, 3 Enseñanza individual	
Déficit de autocuidados: Alimentación	**R.H 4.4**			
13 Expresa deseo de cosas que le gustaría hacer pero no puede o realiza pocas actividades de distracción	**4.5**		**INTERVENCIONES**	
14 Se le ve aburrido y solo. No participa en actividades	**4.5**		1 Terapia de actividad, 2 Facilitar las visitas, 3 Terapia ambiental, 4 Grupo de apoyo	
Déficit de actividades recreativas	**R.H 4.5**			

15 Incapacidad o limitaciones en manejar el entorno. Entorno desordenado	4.6		**INTERVENCIONES**
16 La familia expresa dificultad en el hogar a causa del abandono del paciente. Conductas cotidianas en hogar desajustadas	4.6		1 Enseñanza. Aprendizaje, 2 Asistencia en el mantenimineto del hogar, 3 Aumentar sistemas de apoyo,
Deterioro en el manejo del hogar	R.H 4.6		
VALORACION GLOBAL DEL PATRÓN			**Alteración Ingreso**			**alta**

5º Valoración de Patrón: Sueño/Descanso	R.H		
1. Interrupciones frecuentes del sueño. Le cuesta conciliar el sueño. Necesita medicación para dormir	5.1		**INTERVENCIONES**
2. Duerme mas horas de lo habitual. Inversión del sueño	5.1		
3. Quejas subjetivas no corroboradas del sueño. Se queja de no dormir suficiente	5.1		1 Fomentar el sueño, 2 Facilitar la relajación, 3 Manejo de la medicación, 4 Disminución de la ansiedad
Deterioro del patrón de sueño	R.H 5.1		
4. Duerme menos horas de lo habitual (3 dias). Rirtmo alterado del sueño	4.2		**INTERVENCIONES**
5. Fatiga, letargo, somnolencia diurna	4.2		1 Fomentar el sueño, 2 Facilitar la relajación, 3 Manejo de la medicación, 4 Disminución de la ansiedad
Deprivación del sueño	R.H 4.2		
VALORACIÓN GLOBAL DEL PATRÓ			**Alteración Ingreso**			**alta**

6º Valoración de Patrón: Cognitivo-perceptual			
1.Alteración o deterioro en la percepción, juicio, toma de decisiones que altera su conducta	**6.1**		**INTERVENCIONES**
2. Pensamiento alejado la realidad. Alteración del curso del pensamiento que altera su conducta	**6.1**		1 Manejo ambiental: seguridad, 2 Manejo ideas ilusorias, 3 Manejo del delirio. 4 Manejo de las alucinaciones
3. Alteración o deterioro de la atención, orientación o memoria que alteran la conducta	**6.1**		
Trastorno procesos pensamiento	**R.H 6.1**		
4. Fluctuación del nivel de cognición o conciencia	**6.2**		**INTERVENCIONES**
5. Conocimiento inadecuado	**6.2**		1Enseñanza del proceso de la enfermedad, 2 Manejo ideas ilusorias, 3 Manejo de la conducta. 4. Manejo de la medicación, 5 Orientación en la realidad, 6 Manejo de la medicación, 7 Manejo ambiental: seguridad
Déficit de conocimiento	**R.H 6.2**		
6. Olvidos significativos frecuentes	**6.3**		**INTERVENCIONES**
7. Incapacidad o limitación para retener nuevos conocimientos	**6.3**		1 Entrenamiento de la memoria 2 Manejo ambiental: seguridad, 3 Manejo de la conducta, 4 Vigilancia
Deterioro de la memoria	**R.H 6.3**		
8. Conocimiento erróneo del entorno Desorientación.	**6.4**		**INTERVENCIONES**
9. Alteración en la interpretación del lugar y fecha, personas significativas, etc.	**6.4**		1 Orientación en la realidad, 2 Manejo de ideas ilusorias, 3 Apoyo emocional, 4 Vigilancia:seguridad
Deterioro en la interpretación del entorno	**R.H 6.4**		
10. Incertidumbre ante las elecciones/ Dificultad en encontrar soluciones en situaciones cotidianas	**6.5**		1Asesoramiento, 2 Aumentar afrontamiento, 3 Aumentar sistemas de apoyo, 4 Apoyo en la toma de decisiones
Conflicto de decisiones	**R.H 6.5**		**alta**
VALORACION GLOBAL DEL PATRÓN		**Alteración Ingreso**	**alta**

7º. Patrón Autopercepción y Autoconcepto	R.H	
1. Sentimiento vago de preocupación, miedo, tensión, etc	7.1	INTERVENCIONES
2. Demandas de atención. Conductas desajustadas	7.1	1 Disminución de la ansiedad, 2 Establecer límites, 3 Tecnicas de relajación
3. Incapacidad o dificultad para relajarse	7.1	
Ansiedad	R.H 7.1	
		INTERVENCIONES
		1 Aumentar sistemas de apoyo, 2 Potenciar la socialización, 3 Entrenamiento en la asertividad
4. Manifestación de tristeza y/o llanto	7.2	INTERVENCIONES
5. Disminución de las respuestas a estímulos	7.2	1. Identificación de riesgos, 2 Control del humor, 3 Aumentar los sistemas de apoyo
6. Falta de estímulos deseos o apetencia por las cosas	7.2	
Desesperanza	R.H 7.2	
		INTERVENCIONES
		1 Dar esperanza, 2 Control del humor, 3 Presencia
7.Sentimiento de incapacidad de afrontar situaciones	7.3	INTERVENCIONES
8. Verbalizaciones sobre sentimientos negativos sobre si mismo. Afecto plano o deprimido	7.3	1. Apoyo emocional,2 Potenciación de la autoestima , 3 Control del humor, 4 Escucha activa
9. Sentimiento de incapacidad para el aprendizaje	7.3	
Baja Autoestima	R.H 7.3	

10. Verbalización de cambios reales o percibidos en en la estructura o funcionamiento de su cuerpo	**7.4**		**INTERVENCIONES**
11. Sentimientos negativos sobre su cuerpo o parte	**7.4**		1. Potenciación de roles, 2Apoyo emocional, 3 Potenciación de la imagen corporal 4 Aumentar el afrontamiento, 5 Control del humor, 6 Aumentar sistemas de apoyo
Trastorno de la imagen corporal	**R.H 7.4**		
12. Ideas suicidas actuales o intentos suicidas anteriores	**7.5**		**INTERVENCIONES**
13. Mala tolerancia a la frustración. Conductas violentas	**7.5**		1.Administración de medicación, 2 Manejo ambiental: prevención de violencia, 3 Contención mecánica mecánica, 4 Aislamiento,
14. Estado emocional alterado que puede implicar riesgo hacia sí mismo o hacia los demás			
Riesgo de violencia autodirigida o dirigida a otros	**R.H 7.5**		
VALORACIÓN GLOBAL DEL PATRÓN			**Alteración Ingreso** — **alta**

8º Patrón Rol- Relaciones	**R.H**		
1. Tristeza, pena o llanto por sucesos aun no han pasado	**8.1**		**INTERVENCIONES**
2. Preocupación extrema por posible pérdida real o percibida de personas o situaciones significativas	**8.1**		1 Apoyo emocional, 2 Control del humor , 3Aumento de los sistemas de apoyo,
3. Alteraciones en la alimentación, sueño, actividad, etc. a causa de una perdida percibida	**8.1**		
Duelo anticipado	**R.H 8.1**		
4. Conducta no aceptada por su grupo o familia	**8.2**		**INTERVENCIONES**
5. Soledad. Falta de contacto social. Falta de proyección respecto las relaciones sociales.	**8.2**		1 Potenciación de la socialización, 2Entrenamineto en la asertividad, 3 Aumentar sistemas de apoyo, 4 Potenciación de la autoestima
6. Dificultad en las habilidades sociales. Sentimiento de ser rechazado. Falta de personas significativa	**8.2**		
Aislamiento social	**R.H 8.2**		
7. Conductas de interacción social ineficaces inadecuadas	**8.3**		**INTERVENCIONES**
8. Dificultad para relacionarse/ Conductas desadaptadas/ demandas de atención en la relación social	**8.3**		1 Establecer límites, 2 Potenciar socialización, 3 Modificación de conducta
Deterioro de la interacción social	**R.H 8.3**		
9. Alteración en las relaciones familiares debido a la enfermedad. Familiares desbordados	**8.4**		**INTERVENCIONES**
10. Incapacidad de la familia para adaptarse al cambio producido por la enfermedad	**8.4**		1 Apoyo a la familia, 2 Estimulación de la integridad familiar, 3 Mantenimiento de procesos familiares
11. Incapacidad o alteración en la expresión de sentimientos de la familia	**8.4**		
Interrupción de los procesos familiares	**R.H 8.4**		
12. Preocupación del familiar por los cuidados que imparte.	**8.5**		**INTERVENCIONES**
13. La familia verbaliza dificultades para cuidar al paciente. Sentimientos negativos de futuro	**8.5**		
14 . La familia verbaliza incapacidad para mantener la relación con el paciente	**8.5**		1 Apoyo al cuidador principal, 2 Enseñanza individual 3 Grupos de apoyo
Cansancio del rol de cuidador	**R.H 8.5**		
15. Dificultad en la expresión de sentimientos o sensaciones	**8.6**		**INTERVENCIONES**
16. Dificultad en la comprensión	**8.6**		1 Fomento de la comunicación 2 Escucha activa, 3 Contacto, 4 Presencia
Deterioro en la comunicación verbal	**R.H 8.6**		

VALORACION GLOBAL DEL PATRÓN			**Alteración Ingreso**				**alta**

9º. Patrón Sexualidad y Reproducción	**R.H**												
1. Verbaliza problemas funcionales en la sexualidad. El aislamiento no le permite tener relaciones sexuales.	**9.1**		**INTERVENCIONES**										
2. Alteraciones en el logro de la satisfacción sexual/ demandas sexuales inadaptadas/ Deshinibición	**9.1**		1 Asesoramiento sexual, 2 Enseñanza: sexualidad, 3 Manejo de la conducta.										
3. Culpa a la medicación de problemas sexuales	**9.1**												
Disfunción sexual	**R.H 9.1**												
4. Inapetencia sexual. Conflicto en la orientación o preferencias sexuales	**9.2**		**INTERVENCIONES**										
5. Déficit de conocimientos o habilidades respecto la sexualidad. Demandas sexuales.	**9.2**		1 Asesoramineto sexual. 2 Enseñanza: sexualidad, 3 Manejo de la conducta										
Patrones sexuales inefectivos	**R.H 9.2**												
VALORACIÓN GLOBAL DEL PATRÓN			**Alteración Ingreso**										**alta**

10º. Patrón adaptación tolerancia al estrés	R.H		
1. Expresa o manifiesta incapacidad para enfrentarse a situaciones cotidianas	10.1		**INTERVENCIONES**
2. Conductas desadaptativas frente situaciones diarias	10.1		1 Aumentar el afrontamiento, 2 Precaución contra fugas, 3 Control del humor. 4 terapia ambiental
3. Uso inefectivo de mecanismos de defensa	10.1		
Afrontamiento inefectivo	R.H 10.1		
4. Dificultad o Incapacidad para realizar acciones o cambio de vida que devuelva el estado de salud	10.2		**INTERVENCIONES**
5. Ocultación de síntomas/ negación de la enfermedad	10.2		1 Aumentar el afrontamiento, 2 Enseñanza del proceso de la enfermedad, 3 Modificación de la conducta. 4 facilitar las visitas
Deterioro en la adaptación	R.H 10.2		
6. Cuidados negligentes familiares. Falta de persona significativa	10.3		**INTERVENCIONES**
7. Rechazo familiar. Negación familiar de la enfermedad	10.3		1 Apoyo a la familia,2 Estimulación de la integridad familiar, 3 Fomento de la implicación familiar,
8. Abandono familiar	10.3		
Afrontamiento familiar incapacitante	R.H 10.3		
9. Verbaliza ideas de muerte	10.4		**INTERVENCIONES**
10. Humor depresivo. Conductas de riesgo	10.4		
11. Acumula medicación para tomarlo de golpe	10.4		1 Manejo ambiental, 2 Vigilancia, 3 Aumentar el afrontamineto, 4 Contención mecanica
Riesgo de suicidio	R.H 10.4		
12. Pensamiento alterado que conlleva conductas de riesgo de lesión	10.5		**INTERVENCIONES**
13. Imagen corporal mala	10.5		
14. Sentimientos de odio o rechazo hacia si mismo	10.5		1, Manejo ambiental 2 Vigilancia, 3 Aumentar el afrontamineto, 4 Presencia
Riesgo de automutilación o lesión	R.H 10.5		
VALORACIÓN GLOBAL DEL PATRÓN			**Alteración Ingreso** **alta**

11º. Patrón Valores y Creencias	R.H		
1. Verbaliza conflictos internos respecto a sus creencias. Solicita ayuda religiosa. Marginación real o potencial.	11.1		**INTERVENCIONES**
2. Delirios místicos o de posesión	11.1		1 Apoyo emocional, 2 Apoyo en la toma de decisiones, 3 Escucha activa
3. Patrones creenciales o culturales diferentes a lo que le es usual y le generan o pueden generarle problemas	11.1		
Sufrimiento espiritual	R.H 11.1		
VALORACIÓN GLOBAL DEL PATRÓN			**Alteración Ingreso** **alta**