UNIVERSIDAD DE SEVILLA

FACULTAD DE MEDICINA

ANÁLISIS DEL PROCESO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA SALA DE PSIQUIATRÍA

Trabajo presentado por Rafael Sales Orts (*) para la obtención del Grado de Doctor por la Universidad de Sevilla, dirigida por los Profs. Elena Ibáñez Guerra y José Giner Ubago

* Profesor titular del Departament d'lnfermeria
Escola Universitària d'Infermeria - Universitat de València

AGRADECIMIENTOS

A Elena Ibáñez y Jose Giner, directores de esta Tesis por sus aportaciones imprescindibles para la elaboración y desarrollo del proyecto.

A Carmen Leal, Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valencia, por su "saber hacer" en la dirección del Servicio y su estímulo en la investigación en todos los campos de su área.

A Maribel Leal por soportar día a día las preocupaciones e inseguridades que me suponía la elaboración del proyecto.

A Amparo Benavent y Matilde Guillem porque con su conocimiento sobre la Enfermería, su tiempo y su confianza en la finalización del proyecto, mucho más de la que tenía yo, han supuesto un baluarte en su realización.

A Aurelio Costa y Adolfo Benages, porque gracias a sus conocimientos de la aplicación estadística en Ciencias de la Salud, he podido extraer conclusiones, más allá de las que tenía previstas.

A Salud Maestre, Marisa Muñoz, Mª Luisa de Vargas y María Vacas, porque con sus conocimientos y profesionalidad en diferentes campos de la enfermería, han sido un estímulo permanente en la elaboración del proyecto, centrado en una profesión no siempre reconocida.

A las enfermeras de la Sala de Psiquiatría del Hospital Clínico Universitario de Valencia (Araceli, Maite, Nuria, Maria, etc) porque este proyecto solo trata de demostrar su actividad cotidiana con los enfermos ingresados.

A Salvador Albertos y Pedro Molero porque hemos sentido, vivido y compartido juntos el proceso de evolución de la Enfermería en Salud Mental

A mi madre y mis hermanos por las limitaciones que tuvieron que padecer para que yo estudiara.

A mi padre, en la memoria, por enseñarme a apreciar que la dignidad del hombre se centra en el trabajo, manual o intelectual.

Sobre todo, a mis hijos Sergi e Iván con los que comparto mi vida y esperanzas, y esperando que no olviden nunca que solo el estudio y el trabajo hacen libres a los seres humanos.

Rafael Sales i Orts

Al meu Pare en la memoria del pasta,
Als meus fills en l'esperança del futur

ELENA IBAÑEZ GUERRA, Catedrática de Psicología de la Universitat de València y **JOSÉ GINER UBAGO**, Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Sevilla

CERTIFICAN:

que D. **Rafael Sales Orts**, Licenciado en Antropología, ha realizado bajo nuestra Dirección el trabajo titulado " Análisis del proceso de cuidados de Enfermería en una sala de Psiquiatría" y reúne, a nuestro criterio, las condiciones necesarias para su presentación, lectura y defensa públicas ante la Comisión correspondiente para la obtención del Grado de Doctor por la Universidad de Sevilla.

Lo que firmamos a doce de mayo de dos mil cinco

Profa. Elena Ibáñez Guerra

Prof. José Giner Ubago

INDICE

I. INTRODUCCIÓN **pp.**

1.- CONSIDERACIONES GENERALES Y ESCENARIOS 1

2.- PROCESO DE CUIDADOS 2

2.1.- MARCO TEÓRICO DEL PROCESO DE CUIDADOS 4

2.1.1.- La "Mirada Antropológica" en el proceso de los cuidados 11

2.2.- PAUTAS DEL PROCESO DE CUIDADOS 16

2.2.1.- Recogida de datos. Síntesis y valoración. 16

2.2.1.a.- Patrones funcionales 18

2.2.2.- Respuestas del sujeto identificadas a través de la valoración 19

2.2.2.a.- Interrelación entre respuestas y patrones 22

2.2.3.- Establecimiento de objetivos de salud 23

2.2.4.- Intervenciones. Cuidados 26

2.2.5.- Evaluación de resultados del proceso 28

3. EXPERIENCIA PROFESIONAL CON EL PROCESO Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO 29

II. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Hipótesis. Objetivos: Generales y secundarios 33

III. MATERIAL Y MÉTODO

1.- Ámbito de estudio. Criterios de inclusión y exclusión 35

2.- Diseño 36

3.- Recogida de datos del estudio 43

4.- Variables analizadas 46

5.- Método estadístico 56

IV. RESULTADOS

1.- CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA 59

2.- ANÁLISIS DESCRIPTIVO 60

2.1 VARIABLES DE LOS PATRONES FUNCIONALES 60

2.2 ANÁLISIS DE CONJUNTO 113

3.- ANÁLISIS BIVARIADO 117

4.- ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LAS INTERVENCIONES Y LAS RESPUESTAS CODIFICADAS POR NANDA QUE MUESTRAN EL PATRÓN ALTERADO 119

5.- ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LAS INTERVENCIONES CON LOS OBJETIVOS DE SALUD (NOC) 127

6.- ANALISIS DE LA RECOGIDA DE DATOS 133

V. DISCUSIÓN 143

1.- Detección y gradación de Patrones funcionales 145

2.- Detección y gradación de respuestas 147

3.- Detección y gradación de objetivos 149

4.- Intervenciones realizadas y recogida de las mismas 150

VI. CONCLUSIONES 153

BIBLIOGRAFÍA 155

ANEXOS

I. INTRODUCCIÓN

1. CONSIDERACIONES GENERALES Y ESCENARIOS

En el sistema sanitario español el hospital ocupa un lugar destacado, aunque no siempre sea el recurso más adecuado para la resolución de algunos problemas de salud. En el desarrollo de la asistencia comunitaria a partir de la Ley General de Sanidad de 1986[1] (en adelante LGS), la consideración del área como núcleo asistencial implica la creación y desarrollo de nuevos dispositivos extrahospitalarios que se están consolidando como nuevas formas de atención a las demandas de salud de la población.

La LGS en el capitulo III, art. 20[2] referente a la salud mental, determina que la hospitalización de los pacientes que lo requieran, se realizará en unidades psiquiátricas de hospitales generales, destacando la importancia del ámbito comunitario como núcleo asistencial. La aplicación de la ley exige que se creen salas de Psiquiatría en todos los centros sanitarios, de forma que se consideren un recurso del área donde el paciente debe estar ingresado el menor tiempo necesario.

Desde esta perspectiva asistencial, las salas de hospitalización psiquiátrica son un recurso para casos agudos de corta estancia, por lo que requieren nuevas estrategias de intervención para intentar que el paciente esté ingresado el menor tiempo posible.

Esta nueva forma de asistencia, demanda histórica de los diversos profesionales implicados, exige un funcionamiento cada vez más coordinado con el fin de alcanzar los objetivos de salud previstos.

Uno de los grupos que ejercen su función en el ámbito hospitalario es el de los profesionales de Enfermería Psiquiátrica (EP) que han tenido que adaptarse a las nuevas formas asistenciales. Esta adaptación ha llevado consigo la adopción de nuevas formas de abordaje que permiten reducir la estancia y alcanzar los objetivos de salud esperados, al mismo tiempo. Los profesionales de Enfermería han comenzado a utilizar un instrumento que, fundamentado en la metodología científica, permite prestar atención de una forma estructurada y organizada. Este instrumento es

---

[1] Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad

[2] Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Capitulo III (articulo 20). La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio, que

el *proceso de atención de enfermería*, denominado por algunos autores el *proceso de cuidados.*

2. PROCESO DE CUIDADOS

El concepto de "proceso de cuidados" ha sido analizado desde diferentes ámbitos de las profesiones sanitarias y entre ellas, destaca la Enfermería, que ha convertido el cuidado y el proceso de cuidados en el eje central de su trabajo. La palabra "cuidar" proviene etimológicamente del latín "cogitare" (pensar) y en su acepción en castellano, se define como el "atender a que una cosa esté bien y no sufra daño y el de asistir a un paciente" y se entiende por "proceso" "el desarrollo o marcha de alguna cosa" (Moliner M) [3].

Los cuidados de salud son, para Colliere MF 1993 [4], "acciones encaminadas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de curación y rehabilitación cuando la persona está enferma". Desde esta perspectiva, podemos entender el proceso de cuidados como "el desarrollo de las acciones encaminadas a atender y asistir al paciente en su proceso de curación y rehabilitación, promocionar la salud y prevenir la enfermedad".

En todas las sociedades, cada profesión delimita y desarrolla su campo de competencias que, por conocimiento y capacidad legal, está preparada para ejecutar. En el campo de la Sanidad, por conocimiento y legislación (Decreto de la Profesión Enfermera 2001, capítulo VII del Real Decreto 1231/2001), la acción de "cuidar" se convierte en la función propia de los enfermeros y enfermeras y los cuidados se convierten en el objetivo de la profesión de enfermera.

La relación existente entre cuidados y Enfermería como profesión específica se concreta en que los enfermeros y enfermeras son responsables de la identificación, planificación y ejecución de los cuidados, habiéndose establecido un sincretismo entre los conceptos de "proceso de cuidados" y "proceso de enfermería", hasta el punto que en la actualidad son prácticamente inseparables.

---

reduzcan al máximo posible la necesidad de hospitalización. La hospitalización de los pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales

[3] Moliner M. *Diccionario del uso del español.* Madrid. Gredos. 1989

[4] Colliere M.F. *De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de Enfermería*. Madrid. McGraw-Hill/Interamericana. 1993

En los últimos años han surgido diferentes autores que han ido aportando nuevos elementos para la configuración de este concepto, entre los cuales destacan las propuestas de Benavent et al [5] (2001) que definen el proceso de cuidados "como una forma de pensar y de hacer que requiere un soporte metodológico que configure un orden a las acciones".

Estas definiciones muestran dos vertientes complementarias en el significado del "proceso de cuidados": a) por un lado, aparece el proceso como una forma de "pensar y de hacer", lo que implica la necesidad de utilizar un modelo conceptual, que debe definir las bases sobre las que han de estructurarse los elementos que se deben tener en cuenta cuando se aborda el "trabajo de cuidar" y b) por otro, se muestra como una herramienta básica para dicho trabajo que permite una recogida de datos del sujeto al que se cuida, la identificación de los problemas, la planificación de actividades y su evaluación, todo ello siguiendo la metodología científica.

Por ello, si analizamos la estructura y configuración del proceso identificamos de inmediato que el orden metodológico que sigue se fundamenta en el método científico y resulta fácil establecer el paralelismo existente entre las etapas en las que se organiza el proceso como instrumento y el método científico.

La aplicación de los cuidados, requiere una filosofía o marco conceptual sobre las que se estructuren la organización de los mismos y este marco de conceptos asistenciales ha sido analizada desde diferentes perspectivas por distintos autores que pasamos a analizar.

[5] Benavent A, Ferrer E, Francisco del Rey C. *Fundamentos de Enfermería.* Madrid. DAE. 2001

2.1. MARCO TEÓRICO DEL PROCESO DE CUIDADOS

El proceso de cuidados es definido por Benavent et al (1999) [6] como " ***el proceso enfermero es el instrumento básico del trabajo enfermero, que nos permite actuar con método, adaptándonos a cada sujeto (entendido como individuo o como grupo) generando una información básica para la investigación en Enfermería***". Este concepto es utilizado por otros autores como Guirau A, et al (2001)[7]

Como hemos dicho anteriormente, el proceso plantea dos ideas diferentes, en primer lugar por ser una forma de pensar y de hacer, requiere un soporte filosófico (modelo conceptual) sobre el que se estructuren los descriptores que han de configurar los cuidados; por otra parte, requiere un método que organice los datos, permita la identificación del problema y la determinación de las intervenciones requeridas y todo ello fundamentado en el método científico.

El marco teórico del proceso de cuidados se ha ido enriqueciendo con las aportaciones desde diferentes campos (básicamente de las ciencias humanas y sociales). Estas aportaciones han abierto nuevas perspectivas en el proceso de cuidar, pasando de considerarlo centrado en los problemas biológicos de la persona a dirigirlo, no solo a la persona si no al grupo, y tener como prioridades la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Consecuentemente a esta evolución de la concepción de salud, también ha cambiado la orientación hacia la que se dirigen los cuidados; así, mientras los primeros teóricos centraban su función en la persona enferma, en la actualidad la atención se dirige en varias direcciones. Por una parte, hacia la enfermedad con la eliminación del problema, por otra hacia la persona como un "constructo" de interacción biopsicosocial y por último, hacia las importantes relaciones que se establecen entre el medio o entorno y la persona.

Todo ello ha llevado consigo un cambio en el paradigma asistencial, a la vez que ha influido en el desarrollo de nuevas teorías en el campo de la disciplina

---

[6] Benavent A, Camaño R, Cuesta A. *Metodología en Enfermería.* Valencia. Universitat de València. 1999

[7] Guirau A, Camaño R, Cuesta A. *Diagnóstico de Enfermería: Categorización, formulación e investigación*. Valencia. Edversitas Multimedia. 2001

enfermera que se ha traducido en nuevos marcos teóricos que tratan de explicar el proceso de cuidar.

Entre las aportaciones que se han realizado en el marco teórico, destacamos sintéticamente las corrientes más representativas. La pionera en conceptualizar el proceso de cuidar desde una perspectiva naturalista fue F. Nightingale, entendiendo que la enfermedad es una respuesta de la naturaleza frente a una agresión externa y su evolución está influenciada por el medio externo, de forma que éste repercutía positiva o negativamente en el paciente. Desde esta perspectiva, la base de los cuidados se centra en poner al individuo en las condiciones idóneas para que la naturaleza ejerza su función curativa, con lo que los cuidados se centran en manejar el medio ambiente para que el paciente se encuentre en las condiciones idóneas. Los cuidados se centran en la utilización de elementos naturales como la luz, el ruido, la temperatura, la higiene etc que adquieren un carácter terapéutico [8]. Este marco teórico responde al contexto del pensamiento médico de la época.

Para H. Peplau[9] el proceso debe basarse en la interacción de fenómenos que se establecen en las relaciones enfermera-paciente; para esta autora, el proceso de cuidar es un proceso interpersonal terapéutico centrado en la comunicación, que pasa por una serie de pautas que delimita como: orientación, identificación, explotación y resolución. En este modelo se aprecian las influencias de disciplinas como la psicología, sociología, etc sobre el desarrollo de la disciplina enfermera.

La aportación de V. Henderson[10] está fundamentada en la consideración de la globalidad de la persona y su relación con el entorno; según este modelo, los cuidados se basan en el continuo dependencia-independencia, considerando la independencia del individuo como la situación esperada de salud y, según este modelo, el proceso se centrará en la detección de las necesidades no cubiertas.que tiene el paciente y que clasifica en 14 grupos que le impiden mantener su autonomía. Estas necesidades son las siguientes:

1º .- Respirar con normalidad .

2º .- Comer y beber adecuadamente .

3º .- Eliminar los desechos del organismo .

---

[8] Pfettscher AM. *Florence Nightingale.* En Marriner A, Raile M (eds). *Modelos y teorías de enfermería.* Madrid. Mosby. 2003: 65-77

[9] Peplau H. *Relaciones interpersonales de enfermería*. Barcelona. Salvat. 1990

4º .- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada .

5º .- Descansar y dormir .

6º .- Seleccionar vestimenta adecuada .

7º .- Mantener la temperatura corporal .

8º .- Mantener la higiene corporal .

9º .- Evitar los peligros del entorno .

10º .- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones

11º .- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión .

12º .- Trabajar de forma que permita sentirse realizado .

13º .- Participar en todas las formas de recreación y ocio .

14º .- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Para esta autora, la planificación de los cuidados en la práctica asistencial, se dirigen en tres tipos de intervención: suplencia, cuando el individuo por falta de conocimiento, fuerza o voluntad no es capaz de cubrir sus necesidades por sí mismo; ayuda, en aquellas situaciones en que el paciente no es totalmente autosuficiente y acompañamiento, basado en el asesoramiento y refuerzo de las conductas saludables cuando el individuo, no es capaz de cubrirlas por sí mismo.

En este modelo podemos identificar la influencia de la fisiología, a la que Henderson considera un conocimiento fundamental de la enfermera, y de la psicología. Las necesidades básicas a las que se refiere tienen como base la teoría de las necesidades de Maslow [11] y las aportaciones de Kalish [12]

Otros autores, como I. King [13] entiende el proceso de cuidar como el efecto de "acción, reacción e interacción"; es un proceso de transacción, centrado en una serie de afirmaciones teóricas: la enfermera por medio de una comunicación adecuada, trasmitirá la información apropiada al paciente con lo que se establecerán objetivos comunes. Si las percepciones de la enfermera y del paciente coinciden, en la interacción se obtendrá como resultado la transacción. La transacción permite el logro de metas y por supuesto, la satisfacción de necesidades.

---

[10] Henderson V. *The concepts of Nursing* . Adv Nurs 1978; 3: 13-30
[11] Maslow A. *El hombre autorrealizado*. Barcelona. Kairos 1983
[12] Kalish PA, Kalis BJ. *The changing image of the nurse*. London. Menlo Park . 1987
[13] King I. *Enfermería como profesión: Filosofía, Principios y Objetivos*. Mexico. Limusa. 1984

Para Callista Roy [14],[15] el proceso de cuidados se centra, fundamentalmente, en la promoción y adaptación del individuo a su entorno, concibiendo al ser humano como un ser bio-psico-social en interacción constante con un ambiente cambiante. Este proceso de adaptación al entorno puede presentar respuestas positivas (saludables) o negativas.

El proceso de cuidados para Betty Neuman[16] se basaría en el desarrollo de instrumentos de valoración-intervención, detectando las variables que afectan a la respuesta de la persona ante los factores de estrés reales o percibidos. En este marco conceptual, la autora destaca la detección de factores intrapersonales, interpersonales y extrapersonales. En este modelo, la fenomenología se muestra como una manera de abordar el proceso de cuidar siendo J. Watson[17] una de las autoras que fundamentan su propuesta de cuidar sobre esta perspectiva fenomenológica, destacando la importancia de la relación interpersonal y transpersonal que se establece entre la enfermera y el paciente; este modelo aporta un enfoque científico en la solución de problemas del paciente, que son el resultado de la comprobación de las hipótesis a partir de las pruebas empíricas de su experiencia.

El modelo propuesto por Madeleine Leininger[18], conocido como "Enfermería Transcultural", sitúa como centro del proceso de cuidar, la consideración de los valores y la cultura de cada persona, destacando el respeto a los valores, creencias, estilos de vida, etc. Los resultados de los cuidados serán más satisfactorios cuando la relación interpersonal, basada en el respeto a las creencias y valores de la enfermera y del paciente, sea más estrecha y efectiva. La antropología se muestra presente de manera avasalladora sobre la forma de entender el proceso de cuidar de M Leninguer.

Las aportaciones de esta autora, son especialmente importantes en el campo de la salud mental debido principalmente a que la organización de los cuidados se dirige a individuos cuyas percepciones del mundo, relaciones, conductas, etc los hacen diferentes a la mayoría, no solo en cuanto a la interpretación de la realidad sino en el mundo simbólico en el que se hallan inmersos.

---

[14] Roy C. *Introduction to nursing: An adaptation model.* New York. Prentice Hall. 1976

[15] Kenneth DP. *El modelo de adaptación.* En Marriner A, Raile M (eds). *Modelo y teorias de Enfermeria*. Madrid. Mosby 2003: 270-298

[16] Neuman B. *The Neuman systems model: application to nursing education and practice.* Norwalk. Appleton Century Crofts. 1982

[17] Riehl Sica J. *Modelos conceptuales de Enfermería.* Barcelona. Doyma. 1992

[18] Leninguer M. *Health care dimensions. Health care issues*. Philadelphia. Davis. 1974

Los modelos de cuidados en Salud Mental, siempre han presentado características propias de este tipo de pacientes, acordes con la concepción social que se tuviera de la enfermedad mental, por lo que fueron evolucionando desde una visión directiva, pasando a modelos paternalistas, ambientalistas o en la actualidad modelos donde destaca la importancia de la interrelación entre el enfermo y la enfermera con el paciente.

Los primeros marcos conceptuales sobre los cuidados en Salud Mental aparecen en Inglaterra, donde destaca la figura de Alice Fisher que aplica el marco naturalista desarrollado por F. Nightingale y en EE UU con Dorotea Dix que aportó ideas como la importancia que tenían las condiciones de vida en el proceso de curación de los enfermos mentales[19]. A partir de estas primeras autoras, los cuidados de salud mental se fueron perfilando según las diferentes teorías psiquiátricas, con lo que aparecieron diferentes perspectivas de los cuidados, priorizando o minimizando la jerarquía de su organización en función de la escuela de que se tratase. En este proceso destacaron figuras en el campo de los cuidados de salud mental que realizaron aportaciones importantes: J. Mellow[20] basa su proceso de cuidados en la teoría psicoanalítica, destacando la importancia de los vínculos emocionales que se establecen entre la enfermera y el paciente, así por medio de estos vínculos la enfermera trasmite experiencias emocionales que son positivas para el paciente; los cuidados en salud mental para Travelbee[21] son definidos como "la asistencia que se presta al individuo, familia y comunidad para promover la salud mental, prevenir la enfermedad y afrontar las experiencias de estrés y/o de enfermedad mental, así como ayuda a readaptar y encontrar significado a estas experiencias"; M. Rogers[22] aporta una visión antropológica al modelo de cuidados en salud mental, destacando la importancia de organizar los cuidados desde un enfoque holísta y homeodinámico.

El concepto holista y homeodinámico de la persona propuesto por M. Rogers, implica una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, identificando cuatro principios básicos para el proceso asistencial; estos principios son: reciprocidad, sincronía, evolución y resonancia.

---

[19] Dolan J. *History of Nursing*. Philadelphia. Saunders. 1968
[20] Marriner A, Raile M. *Modelos y teorias de Enfermería.* Madrid. Mosby. 2003
[21] Travelbee J. *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia. Davis. 1991
[22] Haber J, Leach A, Schudy S, Flynn Sidelau B. *Psiquiatría: Texto básico.* Barcelona. Salvat. 1983

Isaac A.[23] resume la importancia del marco conceptual de los cuidados aplicado a personas con problemas de salud mental en tres puntos:

1º Proporciona un punto de vista teórico desde el que contemplar al hombre, los procesos del desarrollo, la conducta, la salud y la enfermedad mental.

2º Organizan el conocimiento de una manera sistematizada

3º Los supuestos de los marcos conceptuales pueden ser comprobados mediante la investigación científica.

Para este autor, los objetivos de los modelos conceptuales se centran en:

1º.- Servir de guía para la recogida de datos
2º.- Aportar razones y explicaciones de las conductas observadas
3º.- Servir de guía para la elaboración de un plan de cuidados
4º .- Aportar un esquema razonado para la selección de las intervenciones
5º .- Determinar los criterios de evaluación para medir los resultados
6º .- Facilitar la investigación

Este mismo autor destaca que en la Enfermería Psiquiátrica no existe un marco conceptual unificado, centrándose la mayoría de la veces en modelos psicodinámicos, conductistas, interpersonales, cognitivos, humanista existencial y psicobiológicos.

Según esta propuesta, cabe preguntarse ¿el marco conceptual de cuidados en salud mental debe seguir necesariamente las diferentes teorías psicológicas?

En nuestra opinión, el desarrollo de los diferentes modelos enfermeros ha tomado su fuente de diversas áreas: sociología, antropología, medicina, etc. y de la psicología y psiquiatría ha tomado conceptos de las diversas corrientes: cognitivas, psicodinámicas, conductistas, psicobiológicas, fenomenológicas, etc.

Desde nuestro punto de vista, el proceso de cuidados debe guiarse según un marco de conceptos que englobe las diversas fuentes de la ciencia socio-sanitaria y no centrarse de una forma dogmática en un modelo teórico excluyente.

Las aportaciones del marco teórico de H. Peplau a la salud mental han tenido una gran repercusión, sobre todo en el modelo asistencial de "psiquiatría basada en la comunidad", al destacar la importancia de la relación interpersonal como base de los cuidados; en este proceso, la interacción de roles es el factor clave del proceso

[23] Isaac A. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. Madrid. Interamericana 1998

terapéutico[24]; su modelo asistencial se centra en cuatro puntos: orientación (explicación de la naturaleza y propósito de la relación), identificación (identificación del problema que hay que afrontar), explotación (análisis del problema y sus repercusiones) y resolución (análisis de los resultados).

De igual manera, el modelo propuesto por Henderson V.[25] es un instrumento clave en la asistencia, sobre todo en el ámbito hospitalario centrado en las actividades que las enfermeras realizan para suplir, supervisar o ayudar al paciente a cubrir las necesidades que no puede, no sabe o no quiere realizar por sí mismo de forma autónoma. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente y realizado en tres niveles de intervención: como sustituta , como ayuda o como compañera.

En el Estado Español destaca las aportaciones realizadas por Novel G.[26] que entiende el proceso de cuidados como "un proceso interaccional entre la enfermera y la persona, familia o grupo, en el que el objetivo es cuidar y el instrumento o medio utilizado es la relación de ayuda que se establece entre las partes implicadas".

Para Pacheco G.[27] la prestación de cuidados de enfermería en salud mental dispone de una amplia gama de posibilidades en su práctica cotidiana y defiende la necesidad de un cambio de actitudes del personal de enfermería con el objetivo de que la profesión se afiance en la comunidad.

---

[24] Op. Cit 8 "la Enfermería es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal; es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que aspira a fomentar el progreso de la personalidad en la dirección de una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria"

[25]Henderson V. http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm (22 de Julio de 2004) La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud , recuperarse de la enfermedad , o alcanzar la muerte en paz . Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud . Identifica 14 necesidades humanas básicas que componen "los cuidados enfermeros", esferas en las que se desarrollan los cuidados.

[26] Novel G. *Hacia una sistematización de los aspectos psicosociales de los cuidados.* Notas de Enfermería 1991; 1: 3-19

[27] Pacheco, G. *Evolución, conceptos y proceso de enfermería en salud mental. La atención al paciente psicótico*. Maristán. 1992; 1:25-27. "El quehacer cotidiano de la enfermera de salud mental está condicionado por el ámbito donde desarrolla su tarea, por la legislación que regula la atención a la salud mental y por la evolución de la enfermería psiquiátrica y de la enfermería en general"

2.1.1. La "Mirada Antropológica" en el Proceso de Cuidados

Desde la perspectiva funcionalista, tanto Malinowski como Radclif Brown entienden que la sociedad, igual que el organismo humano, genera unas conductas como respuestas para cubrir unas necesidades; estas conductas son los medios materiales, cognitivos y sociales que se ponen en marcha para alcanzarlas; dicha respuesta materializada es una respuesta cultural.[28]

En el campo de la salud en general y de salud mental en particular, la Enfermería se organiza con el objetivo de generar unos cuidados organizados y de calidad siguiendo un método científico, como respuesta a una demandas sociales; desde esta perspectiva, el objetivo sería la necesidad de salud y la respuesta el Proceso de Enfermería (PE).

El marco conceptual de los cuidados en salud mental se ha visto influenciado por las distintas corrientes explicativas y los diferentes enfoques que se han tenido a lo largo de la historia sobre la enfermedad mental y de sus síntomas y signos.

Las distintas conceptualizaciones de la enfermedad han arrastrado implicaciones directas en la práctica asistencial y por ende en el proceso de cuidados, ya que la problemática se percibe de diferente manera según el modelo del que se parta.

Entre los diferentes enfoques que ha influenciado la organización de los cuidados, destacamos dos aspectos:

1º ¿Son los signos y síntomas realidades psicopatológicas, son núcleos de representaciones simbólicas del individuo o son legitimaciones del poder-saber de la psiquiatría ?

2º ¿El enfoque médico de la enfermedad y por ende de los cuidados es en la actualidad reduccionista, limitándose exclusivamente a una función asistencial obviando aspectos psicológicos y sociales?

Analicemos estos aspectos:

1º. Los diferentes enfoques en la forma de analizar el conjunto de signos y síntomas en la enfermedad mental, pueden sintetizarse en dos posicionamientos: por una parte, la Psiquiatría los percibe como la manifestación de una realidad fisiopatológica y que son observados por el profesional o bien son descritos por el

[28] Malinowski B. *Una teoría científica de la cultura*. Buenos Aires. Suramericana 1967. "La ciencia de la conducta humana, comienza cuando ésta se organiza"

individuo; por otra, la Antropología, destaca la importancia del valor simbólico de las complejas estructuras culturales del individuo[29].

Esta concepción simbólica, se fundamenta en la teoría desarrollada por Geertz C.[30] que considera que los sistemas de símbolos (estructuras culturales) son fuentes extrínsecas (no genéticas) de información, aunque actúan de forma similar, a diferencia de los genes, los símbolos están fuera de lo individual para pertenecer a un mundo común**.**

En esta polémica, Vallejo J. (1988)[31] analizando la respuesta a la terapéutica de tipo biológico de diversos trastornos, indica que aunque existe una correlación entre las bases fisiopatológicas en ciertos trastornos (depresión, esquizofrenia, etc.) que siguen un modelo médico, otras patologías (trastornos. de la personalidad, disforias, depresiones leves, etc.) se caracterizan por un complejo sintomático menos definido y con menor sustrato biológico.

Sustentándonos en este trabajo, podríamos deducir que ambos posicionamientos son válidos, por lo que a la organización de los cuidados se refiere, y deben dirigirse hacia la solución de los problemas de tipo psicopatológico, así como a las respuestas alteradas que se presentan en el paciente y hacia la valoración simbólica del individuo que le produce "respuestas alteradas", alterando a su vez los "patrones saludables".

La Enfermería en la actualidad tiende a analizar la problemática desde el respeto a la "alteridad" mediante el instrumento denominado "mirada antropológica", entendida como una combinación de las perspectivas "Emic" "Etic"; es decir, como el individuo interpreta el problema y sus repercusiones y como lo analiza el profesional, teniendo en cuenta su proyección cultural[32].

2º. La planificación de los cuidados, también se ha visto modificada en los últimos años respecto a su proyección; desde la perspectiva funcionalista, Talcot Parsons[33] entendía que la Medicina, y por extensión la Enfermería, se dirigía exclusivamente a controlar las desviaciones de la salud, lo que implicaba un reduccionismo respecto a las determinaciones provenientes del medio social.

---

[29] Martinez A. *Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones.* Rev Asoc. Esp Neuropsiquiatría 1998; 68: 645-659

[30] Geertz C. *La interpretación de las culturas.* Barcelona. Gedisa. 1987

[31] Vallejo J. *La frontera de la psiquiatría.* Barcelona. Sandorama 1988; Vol IV:5-10

[32] Corrales E, Fernández M, Grijalvo R. *Aplicación de la mirada antropológica en la disciplina enfermera.* Index de Enfermería, nº 43. Granada 2003

[33] Parsons, T. *The Structure of Social Action.* New York. The Free Press. 1937

Esta visión exclusivamente asistencialista centrada en el individuo enfermo, ha dado paso a aspectos más enriquecedores con una visión holística y homeodinámica del paciente. La Enfermería en la actualidad, estructura y organiza sus cuidados teniendo en cuenta tres aspectos: a) la persona con problemas de salud, englobando a su familia y al grupo social en que se encuentra inmerso, y por extensión su contexto cultural; b) la enfermedad y las respuestas que da el paciente frente el problema de salud y c) el entorno entendido como medio interno (fisiológico) y como externo (social).

Desde esta perspectiva, la valoración de dichas respuestas se hace en función de cuatro puntos:

1º Cómo se siente el individuo consigo mismo.

2º Cómo se siente en relación con los demás.

3º Cómo repercuten dichos sentimientos.

4º En qué forma respondemos a las demandas de la vida.

Las características que definen estos puntos, según Pacheco G.[34] y que diferenciarían una persona sana de otra enferma se centrarían en las siguientes:

- No están abrumadas por sus propias emociones (rabia, temores, amor, celos, sentimientos de culpa o preocupaciones).
- Pueden aceptar sin alterarse las decepciones de la vida.
- Tienen una actitud tolerante, despreocupada, respecto a la propia persona y a los demás y son capaces de reírse de sí mismas.
- Ni subestiman ni sobrevaloran sus habilidades.
- Se respetan a sí mismas.
- Se sienten capaces de enfrentar la mayoría de las situaciones.
- Alcanzan placer de las cosas simples de la vida cotidiana.
- Son capaces de amar y tener en consideración los intereses de los demás.
- Sus relaciones personales son satisfactorias y duraderas.
- Les gusta confiar en los demás y sentir que los otros confían en ellos.
- Respetan las múltiples diferencias que encuentran en la gente.
- No se aprovechan de los demás ni dejan que se les utilice.
- Se sienten parte de un grupo.
- Se consideran implicados en los avatares que afectan a la sociedad.

- Enfrentan sus problemas a medida que se van presentando.
- Aceptan sus responsabilidades.
- Modifican su ambiente cuando esto es posible y se ajustan a él cuando es necesario.
- Planifican para el futuro, al que se enfrentan sin temor.
- Tienen la mente abierta a nuevas experiencias e ideas.
- Hacen uso de sus dotes y aptitudes.
- Se fijan sus metas ajustándose a la realidad.
- Son capaces de tomar sus propias decisiones.
- Consiguen satisfacción en poner su mejor esfuerzo en lo que hacen.

La visión cultural de los cuidados hace imprescindible la utilización de un instrumento que defina claramente las respuestas del paciente, tanto desde su propia interpretación real o subjetiva, como desde la profesional; no se trata de valorar solamente lo que "*creamos que necesita*", sino de lo que él "*cree que necesita*", con lo que se reduce al máximo las repercusiones negativas implicitas del "poder-verdad" foucaultiano en la relación enfermera paciente, es por ello, que el proceso de cuidados debe interpretarse desde las perspectivas "Emic" (lo que el paciente verbaliza), "Etic" (lo que interpretamos los profesionales)[35]; es decir, atendiendo a lo que el paciente cree que necesita y las necesidades que detectamos a partir de nuestro conocimiento.

Todas estas aportaciones teóricas nos permiten *pensar* desde una perspectiva enfermera. Ahora bien, el proceso lo definíamos como una forma de *pensar* y de *hacer;* por ello, cuando se aborda el *hacer*, éste debe responder en sus aspectos más elementales a un criterio universal, con lo que surge la necesidad de desarrollar un lenguaje que nos permita comunicarnos y a partir del cual nos permita pasar a la acción.

No todas las teorias de la Enfermería consideran esto como una necesidad, incluso algunas autoras como Rizzo Parse[36] manifiestan una total oposición al

---

[34] Pacheco G. http://www.anesm.net/smental/concepto-sm-comunic.htm (30 de Julio 2004)

[35] PiKe K. "*Language in Relation to a Unified Theory of the Structure of Human Behavior*". Paris Mouton. 1967. "El término etic ("fonetic") se refiere a la percepción que tiene un observador experimentado de los datos que recoge situándose desde fuera de la cultura que observa. Desde un punto de vista emic ("fonemic"), sin embargo, el observador trabaja con las coordenadas socio-culturales del grupo emisor de los datos recogidos."

[36] Op. cit. 20

desarrollo y la utilización de un lenguaje común, en tanto que responde a un modelo positivista que considera limitador y unificador e impide abordar el cuidado de la persona desde una perspectiva holista.

La necesidad de utilizar un lenguaje común en el ámbito de los cuidados surge desde las primeras reuniones mundiales de enfermeras (CIE, Consejo Internacional de Enfermeras). A partir de las primeras reuniones del consejo, se crean sociedades nacionales que arraigan con fuerza en distintos países y permiten trasmitir las experiencias profesionales. En EE UU se crea N.A.N.D.A. (North America Nursing Diagnoses), en Francia la AFEDI (Association Francophone Europeenne des Diagnostics Infirmiers), ASCENSIO (Asociación Europea de Diagnósticos, Intervenciones y Resultados Enfermeros), etc.

En el Estado Español la búsqueda de un lenguaje normalizado, se ha plasmado en la creación de organizaciones como es el caso de la AENTDE (Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería) que tiene como objetivo dicho fin [37], [38].

Las aportaciones de estas sociedades son las siguientes:

a) Contribuir al desarrollo de una terminología enfermera, que cualifique las aportaciones que las enfermeras realizan a la salud de la población.

b) Fomentar y promover entre los profesionales de Enfermería el conocimiento y la utilización de los diagnósticos, intervenciones y resultado enfermeros.

c) Colaborar con las organizaciones nacionales e internacionales para promover el intercambio y la investigación sobre diagnósticos, intervenciones y resultados enfermeros.

d) Trasmitir las experiencias profesionales (enfermería basada en evidencia) que permitan elaborar planes de cuidados más idóneos centrados en los resultados alcanzados[39].

---

[37] Ugalde M. *Spanish Association of Nursing Diagnósis.* Nursing Diagnosis 2000; 11: 26-30
[38] Ugalde M, Rigol A. *Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA.* Barcelona. Masson. 1995
[39] Sales R. http://www.index-f.com/evidentia/n3/82articulo.php (10 de Febrero 2005)

2.2. PAUTAS DEL PROCESO DE CUIDADOS

La secuencia de acontecimientos que tienen lugar en el proceso de cuidados fueron definidas por Carpenito LJ (1987)[40] y Alfaro R (1988)[41] que lo entienden como una forma de pensamiento crítico que nos permite llegar a una conclusión acerca del estado de salud y la respuesta de una persona a su situación vital.

El proceso incluye la siguiente secuencia de acontecimiento:

- Recogida de datos. Análisis, síntesis e identificación de respuesta. (Valoración)
- Juicio o conclusión resultante de la valoración que queda registrado como respuestas del paciente y familia y que nos indica si la salud se mantiene, si existe un riesgo o si hay un deterioro. (Diagnóstico)
- Establecimiento de objetivos y planificación de acciones para su consecución (Planificación)
- Intervención (Ejecución)
- Evaluación de los resultados obtenidos. (Evaluación)

2.2.1. Recogida de datos. Síntesis y valoración

El dato es el elemento mínimo que configura un problema real o percibido; la recogida de los mismos para que tenga sentido debe seguir un orden y un criterio. La valoración es el resultado sistemático del análisis de los datos que consiste en la apreciación del individuo, familia y/o sociedad con la finalidad de identificar las necesidades reales o potenciales de salud.

A través del análisis y la síntesis, los datos obtenidos adquieren significado al ser contrastados con los valores que la comunidad científica considera como "normales". Asociando unos datos con otros podemos identificar vacíos en la información recogida, detectar incongruencias y finalmente llegar a una conclusión acerca de la situación real o potencial del sujeto.

Los datos pueden ser recogidos de diversas fuentes (entrevista, observación, historia clínica, etc.) y agrupados en función de áreas relacionadas, lo que nos llevará

---

[40] Carpenito LJ. *Diagnóstico de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica*. Madrid. McGraw-Hill. 1987

[41] Alfaro R. *Aplicación del Proceso de enfermería*. Barcelona. Doyma. 1988

a la valoración[42]. Fornes J. entiende por valoración, el proceso de obtener información sobre la persona en su conjunto, no sólo sobre las necesidades o disfunciones que hay que tratar, sino también sobre aspectos físicos, intelectuales, sociales, culturales y espirituales.

La valoración identifica la respuesta, alterada o no, del individuo, familia o comunidad.

El intento de normalizar la actividad asistencial enfermera en la aplicación de cuidados, a lo largo del siglo XX ha favorecido que se desarrollaran desde diferentes perspectivas la detección, valoración y organización de los datos que definen el problema del individuo, familia y sociedad sobre los que la Enfermería podría interactuar; entre las diferentes propuestas, destaca la de M. Gordon[43] que identifica para la valoración lo que ella denomina "Patrones Funcionales de Salud" y define como:

"Una configuración de comportamiento que ocurre de forma secuencial en el transcurso del tiempo, son las respuestas o grupo de respuestas que describen un grado de función corporal que contribuyen a mantener el estado de salud, calidad de vida y la realización del potencial humano. Son un constructo teórico que sirve para definir un estado de salud. Representan una función humana integradora que incluye órganos y funciones. Cada patrón incluye aspectos fisiológicos, expresiones psicosociales y espirituales y constituye un objetivo primordial en las actividades de promoción, asistencia y rehabilitación de enfermería"

Para esta autora, cualquier factor estresante (patología, circunstancia en la vida de una persona, una familia o una comunidad, etc.) provoca una serie de alteraciones en lo que denomina "*patrones funcionales de salud*".

Para nuestro trabajo hemos tomado el protocolo de recogida de datos organizado por patrones funcionales y las respuestas contenidas en la taxonomías NANDA II.

2.2.1.a Patrones funcionales

---

[42] Fornes J. *El proceso de valoración en enfermería en Salud Mental* en Intersalud.net http://www.intersalud.net/articulos/fornes.htm (14 de Diciembre 2004)

[43] Gordon M. *Nursing diagnosis: Process and application*. New York. McGraw-Hill. 1982

Se consideran 11 los *patrones funcionales de salud* y han sido conceptualizados y adaptados al campo de la Salud Mental por Fornes J y Carballal C[44].

1º.- Patrón percepción manejo de la salud

Recoge dos dimensiones: la percepción que tiene la persona de su estado general de salud y las influencias que puede tener sobre su estado los conocimientos y las prácticas realizadas al respecto, tanto en el mantenimiento del patrón saludable como en las prácticas que mantienen la alteración del mismo. También define aspectos de tipo familiar y comunitario, en tanto que valora la interrelación entre el individuo y los recursos existentes en la comunidad.

2º.- Patrón nutricional-metabólico

Este patrón viene descrito por la ingesta habitual de alimentos, líquidos y por el aporte calórico de la persona. Incluye los hábitos (cantidad, tipos). Valora además los desequilibrios alimenticios y el nivel de sedentarismo. Desde el punto de vista de la psicopatología se incluirían los trastornos de alimentación.

3º.- Patrón de eliminación

Describe el patrón de la función secretora (intestinal, vesical y cutánea) del individuo (cantidad, consistencia, número de veces/día, dolor, molestias etc.), así como la percepción que tiene el individuo sobre la misma respecto a la regularidad de la eliminación.

4º.-Patrón de actividad y ejercicio

Incluye las respuestas y capacidades del individuo para llevar a cabo actividades necesarias o deseadas; incluye además habilidades y deseos de la persona para entretenerse en actividades consumo de energía, como juego, trabajo, ejercicio físico, autocuidado y ocio; desde el punto de vista de la psicopatología incluiría los trastornos psicomotores.

5º.- Patrón de sueño y descanso

Describe los hábitos de sueño, descanso y relajación de la persona, así como la percepción de la calidad y cantidad de sueño y del nivel de energía. Desde el punto de vista de la psicopatología incluiría los trastornos del sueño.

6º.- Patrón cognitivo-perceptivo

---

[44] Fornes J, Carballal MC. *Enfermería en salud mental y psiquiátrica. Guía práctica de valoración y*

Recoge el funcionamiento de las capacidades sensoriales y cognitivas de la persona. Desde el punto de vista de la psicopatología incluiría los trastornos de la percepción, conciencia, atención-concentración-orientación, memoria-inteligencia y pensamiento-lenguaje.

7º.-Patrón de autopercepción y autoconcepto

Define la percepción que un individuo tiene sobre sí mismo, sobre el estado de ánimo y sobre sus capacidades y sus competencias (cognitivas, afectivas o físicas). Desde el punto de vista de la psicopatología incluiría los trastornos afectivos.

8º.- Patrón de rol y relaciones

Describe los principales roles, relaciones de la persona y su grado de satisfacción, hábitat, competencias familiares, etc.

9º.- Patrón de sexualidad y reproducción

Refleja la identidad sexual de la persona y su capacidad para expresar su sexualidad y lograr relaciones interpersonales e individuales satisfactorias. Desde el punto de vista de la psicopatología incluiría los trastornos sexuales.

10º.- Patrón de adaptación y tolerancia al estrés

Se refiere a la capacidad de la persona para enfrentarse con los distintos factores y niveles de estrés asociados a la vida diaria. Desde el punto de vista de la psicopatología incluiría los trastornos de ansiedad.

11º.- Patrón de valores y creencias

Describe los valores, sentimientos o creencias (incluida la espiritual), metas y compromisos que una persona elige en su vida y que pueden explicar su postura frente a los acontecimientos.

2.2.2. Respuestas del sujeto identificadas a través de la valoración

La síntesis de los datos recogidos del individuo, definen el tipo de respuesta que muestra una alteración de cualquier patrón, así como su intensidad y manifestaciones. En esta línea se han realizado diferentes listados taxonómicos sobre los problemas que detecta la Enfermería y en los que puede intervenir, bien de forma independiente o interdependiente.

---

estrategias de Intervención. Madrid. Interamericana, 2001

Los listados taxonómicos de las respuestas de salud del individuo pueden dividirse en dos etapas: 1) la proto-definicional, en la que los diagnósticos eran sólo atisbos, producto de la valoración y ligados a los inicios del proceso de enfermería, surgidos de la aplicación a nuestra profesión del método científico de resolución de problemas y 2) la definicional, en la que el término "diagnóstico" fue introducido en la literatura.

En 1953, Vera Fry sugirió por vez primera el término "diagnóstico" y fue desautorizada desde el seno de la propia enfermería. Varias autoras (Abdellah, Chambers, Komorita.)[45] lo defendieron en solitario en los años 60 del pasado siglo, definiéndolo como la "delimitación de los problemas del paciente que requieren atención de enfermería". Ante el proyecto surgido en EE.UU. de estandarizar y procesar informáticamente la atención sanitaria y debido a las dificultades de la enfermería para incorporarse a él, K. Gebbie y M.A. Lavin convocan en St Louis la "Primera Conferencia de Clasificación de los Diagnósticos Enfermeros"; en ella se forma el grupo que, en 1982, se convertirá en la North American Nursing Diagnoses (NANDA)[46]. Estas conferencias se han venido celebrando cada 2 años y han generado la clasificación de respuestas o problemas que la Enfermería por su conocimiento y capacidad podía solucionar.

El primer listado taxonómico se publicó el mismo año de la Conferencia (1975) y estaba organizado por orden alfabético, Taxonomías I [47].

Por medio de las reuniones periódicas, el primer listado fue evolucionando añadiendo o eliminando aquellas respuestas que, o bien no estaban claramente definidas o bien se detectaban como factibles de ser incluidas. En los últimos años se ha publicado la Taxonomía II [48] que apareció estructurada en tres niveles. A partir de la aprobación de esta Taxonomía se solicitó su inclusión en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Los tres niveles en los que se configura la Taxonomía II son: 13 dominios, 46 clases y 167 respuestas:

---

[45] Op. Cit 20

[46] Doenges M, Jeffries, Moorhouse M. Care Plans: *Nursing Diagnoses in planning Patient Care*. Philadelphia. Davis. 1984

[47] Gebbie KM, Lavin MA. *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the first national conference.* St. Louis. Mosby. 1975

[48] NANDA. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002.* Madrid. Harcourt S.A. 2001

a.- ***"Dominios"*** se entiende por dominio como una esfera de actividad, estudio o interés.

b.- **"Clase"** subdivisión de un grupo mayor reunidas por su calidad clase o rango.

c.- **"Respuesta"** entendida como "*el juicio o conclusión acerca de las respuestas del individuo, familia y sociedad frente a problemas de salud y/o procesos vitales, de los que los enfermeros y las enfermeras son responsables. Son la base de la que partimos para establecer los resultados que queremos obtener con los cuidados y el referente para seleccionar las intervenciones de cuidados que nos permitan alcanzar dichos resultados."*

Este listado se encuentra en constante evolución dado que su revisión periódica permite añadir o eliminar aquellos que no presentan una validez demostrada, convirtiéndose en una pieza clave, tanto en el campo de la asistencia como de la investigación y la docencia; supone el instrumento práctico más relevante en el campo de los cuidados. La última revisión ha sido realizada en el 2003 [49](Anexo I).

La adaptación de esta Taxonomía, cada vez más extendida por todo el mundo, ha sido adaptada y validada en el Estado Español por diferentes grupos de expertos: Frias A. et al 1993[50], Cuesta el al 1994[51], grupo coordinado por la presidenta de la ATENDE, Ugalde M. et al.1995 [52], etc.

En salud mental, Townsend (1993)[53] seleccionó de la Taxonomía II, las respuestas que se presentaban con mayor frecuencia y su utilización en el campo de la Enfermería Psiquiátrica se ha extendido por todos los países europeos y americanos, convirtiéndose en un instrumento común de los libros de texto para el currícula profesional del *grado* de Enfermería y la enfermería especializada, tanto en las publicaciones del ámbito anglo-americano[54] como en las del ámbito español[55].

---

[49] NANDA International. *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones 2003-2004.* Madrid. Elseiver. 2003

[50] Frías Osuna A, Del Pino Casado R, Germán Bes C, Alguacil González F, Cantón Ponce D, Pulido Soto A, Sánchez Jurado L, Calleja Herrera A, Rodríguez Cobo D, Romero Aranda A. *Validación de la taxonomía diagnóstica de los problemas identificados con mayor frecuencia por los enfermeros en pacientes con hipertensión arterial en atención primaria*. Enferm Clínica 1993; 3:102-108

[51] Cuesta A, Guirao JA, Benavent A. *Diagnóstico de enfermería. Adaptación al contexto español.* Madrid. Diaz de Santos. 1994.

[52] Op. Cit. 36

[53] Townsend MC. *Psychiatric mental health nursing. Concepts of care*. Philadelphia. Davis 1993

[54] Townsend MC. *Nursing diagnoses in Psychiatric nursing.* Philadelphia. Davis. 1994

2.2.2.a Interrelación entre respuestas y patrones

Cuando cualquier circunstancia en la vida de un individuo incide sobre sus Patrones Funcionales, se produce una respuesta o grupo de respuestas que son las que se contienen en la Taxonomía NANDA II[56]. El objetivo de la valoración consiste en identificar estas respuestas y etiquetarlas utilizando dicha taxonomía.

En el campo de la salud mental diferentes trabajos sobre el tema han centrado su estudio en la detección de las respuestas humanas, conceptualizadas y codificadas por la NANDA, que señalan con mayor frecuencia la alteración en los diferentes patrones funcional de salud (Sales et al 1991[57], Sales et al 1991[58], Sales et al[59] , Albertos et al 1996[60]), teniendo en cuenta que todos los patrones funcionales están directamente relacionados, una respuesta en uno de ellos repercutirá sobre los demás.

Según nuestra experiencia, las respuestas que se presentan con mayor frecuencia en Psiquiatría son las siguientes:

.- Riesgo de intoxicación, lesión trauma, etc. .- Protección ineficaz .- Manejo inefectivo del régimen terapéutico .- Incumplimiento del tratamiento .- Automedicación .- Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar .- Desquilibrio nutricional por defecto .- Desequilibrio nutricional por exceso .- Desequilibrio por exceso o déficit de líquidos .- Incontinencia o retención urinaria .- Diarrea .- Estreñimiento .- Percepción subjetiva de la eliminación .- Trastorno o riesgo de la movilidad física .- Déficit de auto cuidados: Baño/ higiene .- Déficit de autocuidados: alimentación .- Déficit de actividades recreativas .- Dificultad en el mantenimiento del hogar .- Deterioro del patrón

---

[55] Mejias F, Serrano M. *Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental*. Madrid. DAE, 2000

[56] Gordon M. *Manual de Diagnósticos enfermeros*. Madrid. Mosby 2003

[57] Sales R, Albertos S, Piqué J, Merelles A, Leal MI. *Diagnósticos de Enfermería. Aplicación en una Unidad Psiquiátrica de un Hospital Genera*l. Valencia. Nau Llibres. 1991.

[58] Sales R, Albertos S, Leal MI, Villasante A, Piqué J. *Diagnósticos en Enfermería: de la Teoría a la Práctica.* Notas de Enfermería 1991; 1:51-88

[59] Sales R, Albertos S, Leal I, Santolaya F, Molero P. *Diagnósticos de Enfermería: Aplicación en Psiquiatría.* Rol 1990; 142: 63 – 66

[60] Albertos S, Piqué J, Sales R. *Diagnóstico de enfermería*. En Bobes J (ed). *Salud Mental:Enfermería Psiquiátrica*. Madrid. Sintesis. 1996: 47-59

del sueño .- Deprivación del sueño .- Trastorno de los procesos del pensamiento .- Déficit de conocimiento .- Deterioro de la memoria .- Deterioro en la interpretación del entorno .- Conflicto de decisiones .- Ansiedad .- Deseperanza .- Baja autoestima .- Trastrono de la imagen corporal .- Riesgo de violencia autodirigida o dirigida hacia otros .- Duelo anticipado .- Aislamiento social .- Deterioro en la interacción social .- Interacción de los procesos familiares .- Cansancio del rol de cuidador .- Deterioro en la comunicación verbal .- Disfunción sexual .- Patrones sexuales inefectivos .- Afrontamiento inefectivo .- Deterioro en la adaptación .- Afrontamiento ineficaz incapacitante .- Riesgo de suicidio .- Riesgo de automutilización .- Sufrimiento espiritual.

Las respuestas alteradas, su conceptualización y las características definitorias de cada respuesta se presentan en el Anexo II.

2.2.3. Establecimiento de objetivos de salud

Entendemos por objetivos como el cambio que esperamos conseguir en las respuestas identificadas, de manera que este objetivo señalará: una modificación de la respuesta en caso de respuestas inadaptadas; el mantenimiento de la respuesta, en caso de respuestas saludables y el control del riesgo en caso de existir factores que pueden cambiar una respuesta de salud por una respuesta inadaptada**.**

En el proceso de cuidados consideramos objetivos a las variaciones que esperamos alcanzar, encaminadas a ayudar al paciente en la solución de sus problemas y consecuentemente al retorno de su patrón saludable o la aceptación de su máximo nivel aceptable de salud. Aunque en nuestro entorno no existe una taxonomía estandarizada de objetivos, para nuestro estudio hemos tomado como referencia los objetivos de resultado propuestos en 1991 por el grupo de trabajo de la Universidad de Iowa, liderado M. Johnson, M. Maas y S. Moorhead (2001)[61]

A esta clasificación de objetivos, se la conoce por el acrónimo **NOC** (**Nursing Outcomes Clasification)** y en castellano **CRE (Clasificación de Resultados de Enfermería**). La clasificación de resultados propuesta está formada por 17 escalas de

---

[61] Johnson M, Maas M, Moorhead S. *Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE).Nursing outcomes classification (NOC).* Barcelona. Harcourt. 2000

valoración referentes a diversas categorías o campos y por un total de 260 objetivos estandarizados, con sus definiciones, indicadores y escalas de medida (Anexo III).

Cada problema o respuesta detectada exige definir el campo en el que se espera alcanzar el objetivo y el objetivo esperado; para realizar nuestro trabajo en su aplicación en salud mental, hemos seleccionado aquellos objetivos que se aproximan en mayor medida a nuestros pacientes, eliminando los que hacen referencia a objetivos con niños, traumatismos, quirúrgicos, respiratorios, etc. Siempre guiándonos por el principio teórico marcado por V. Henderson de conseguir la máxima autonomía del sujeto.

Del mismo modo que hemos presentado una selección de las etiquetas que definen las respuestas que con mayor frecuencia identificamos en las Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, presentamos a continuación una selección de objetivos, que, como hemos dicho, responden a las metas que V. Henderson identifica para el cuidado.

El resultado de esta selección de objetivos es el siguiente:

1º Nivel de compromiso del paciente, familia o sociedad, que miden el nivel de compromiso del paciente y la familia en el proceso de salud y su participación en la organización de los cuidados. No poseen valores cuantitativos: **Participación de la familia en la asistencia sanitaria, Adaptación psicosocial de la familia: cambio de vida, Alteración del estilo de vida del cuidador principal, Capacidad de comunicación, Recuperación de abandono, Bienestar del cuidador, Bienestar espiritual.**

2º Nivel de desviación del rasgo esperado, que valora la desviación de estados fisiológicos considerados saludables: **Estado nutricional, Estado nutricional: masa corporal, Equilibrio hídrico, Orientación cognitiva, Mantener la memoria, Control de la depresión, Equilibrio emocional, Continencia intestinal, Continencia urinaria, Conocimiento: funcionamiento sexual.**

3º Dependencia del paciente, que valora el nivel de autonomía del paciente: **Autogestión de los cuidados: alimentación, aseo, medicación, etc.**

4º Nivel de movilidad articular, valorando la capacidad de movimiento y descanso: **Nivel de movilidad, Deambulación caminata, Descanso bienestar,**

5º Magnitud de la implicación: **Ninguno**

6º Nivel de adecuación de la conducta. En este nivel, los objetivos se centran en las conductas adecuadas o desviadas del patrón saludable: **Conocimiento de seguridad, Conducta de seguridad, Conducta de cumplimiento, Conducta de obediencia, Participación en actividades de ocio, Control de la ansiedad, Capacidad cognitiva, Conocimiento: proceso de la enfermedad**

7º Grado de seguridad. Los objetivos se centran en dirigir o mantener conductas que alejen al paciente de factores de riesgo: **Control de riesgos, Conducta de seguridad, Control del pensamiento distorsionado, Control de agresión, Control de los impulsos, Autocontención del suicidio.**

8º Número conocido de factores estresores: **Ninguno**

9º Conocimiento del nivel de salud del paciente y familia: **Elaboración de la información, Esperanza.**

10º Nivel de curación de heridas: **Ninguno**

11º Valoración de la imagen corporal: **Autoestima,**

12º Creencias sobre la salud: **Creencias sobre la salud**

13º Manifestación de conductas saludables: **Conducta de cumplimiento, Conducta de obediencia, Control de la ansiedad, Integridad familiar, Equilibrio emocional, Participación en actividades de ocio. Control de los impulsos.**

14º Gravedad de las consecuencias del problema: **Estado de seguridad física**

15º Evidencia de la recuperación: **Ninguno**

16º Desarrollo personal: **Ninguno**

17º Nivel de competencia social: **Habilidades de interacción social, Actividad instrumental de la vida diaria, Implicación social, Recuperación del abandono.**

Dicha escala pretende analizar el nivel de adecuación de las intervenciones realizadas en la solución de cada problema de salud, lo que posibilita analizar si las estrategias de intervención utilizadas son las correctas o deben ser modificadas. Su conceptualización se presenta en el Anexo IV

2.2.4. Intervenciones. Cuidados

Para alcanzar el objetivo y llegar a la resolución de cada problema, se requiere una serie de cuidados organizados o intervenciones específicas y, del mismo modo

que hemos indicado al referirnos a las respuestas y objetivos, se ha intentado clasificar y codificar dichas intervenciones para poder establecer un lenguaje normalizado que definiera las acciones específicas que deben realizar los enfermeros y enfermeras para alcanzar el objetivo de salud.

Entendemos por intervención de enfermería a "todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente". En el campo de enfermería podríamos diferenciar dos tipos de intervenciones: las procedentes de otras profesiones, también denominadas interdependientes, y las independientes denominadas diagnósticos de enfermería. Cada intervención, resultante de un juicio clínico del enfermero/a, incluye una o varias actividades que se definen como "acciones específicas que realiza la enfermera para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente a avanzar hacia un resultado deseado".

MacCloskey y Bulechek [62], coordinadores del grupo de trabajo organizado en la Universidad de Iowa sobre la intervenciones que realizan los enfermeros y la enfermeras, definen como **intervención** a *"todo tratamiento (conjunto de acciones), basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente".*

Este grupo de trabajo presentó en 1987 una taxonomía que recoge las intervenciones que realizan los enfermeros para alcanzar los objetivos de salud propuestos (**Nursing Interventions Clasification),** a esta clasificación se conoce con el acrónimo **NIC**, que en su traducción al castellano se denomina **Clasificación de las intervenciones de enfermería (CIE).**

Esta taxonomía permite establecer el orden y la disposición de las actividades de enfermería en grupos, en función de los problemas de salud detectados; supone, además, una organización sistemática de intervenciones de Enfermería en función de las similitudes de lo que puede considerar como estructura conceptual.

La taxonomía propuesta por McCloskey y Bulechek, pertenecientes al grupo de Iowa, consta de tres niveles: *campo; clase; intervención.* Actualmente en la taxonomía se recogen 7 campos, 30 clases y 486 intervenciones (Anexo V).

---

[62] McCloskey J, Bulechek G. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE).* Nursing interventions clasificatio (NIC) Madrid. Harcourt. 2000

1. Campo ***fisiológico básico,*** cuidados dirigidos al funcionamiento físico del organismo. Las **clases** de intervenciones de este campo se centran en: control de actividad y ejercicio, eliminación, movilidad, nutrición, comodidad física y autocuidados.

2. Campo ***fisiológico complejo***, cuidados dirigidos a la regulación homeostática del organismo. Las **clases** de intervención son: control de electrólitos y ácido-base, control de fármacos, control neurológico, respiratorio, piel heridas, termorregulación, etc.

3. Campo ***conductual,*** cuidados dirigidos hacia el funcionamiento psicosocial y la promoción de los cambios en el estilo de vida de la persona. Las **clases** de intervención son: terapia conductual, cognitiva, potenciación de la comunicación, afrontamiento, educación.

4. Campo ***seguridad,*** cuidados dirigidos hacia la protección contra los peligros para la persona, tanto de carácter físico como psicológico. Las **clases** de intervención son: control en casos de crisis y control de riesgos.

5. Campo ***familia,*** integra los cuidados dirigidos hacia la unidad familiar, centrados en alguno de sus miembros o en el conjunto de la familia. Las **clases** de intervención son: cuidados de un nuevo bebé, de crianza y cuidados de la vida, fomento de la implicación familiar.

6. Campo ***sistemas de salud,*** cuidados dirigidos a promover el uso eficaz de los sistemas de prestación de asistencia sanitaria por parte de los usuarios de dicho sistema. Las **clases** de intervención son: medición del sistema sanitario, gestión e información.

7. Campo ***comunidad,*** cuidados dirigidos hacia el fomento y la promoción de la salud de la comunidad. Las **clases** de intervención son: fomento de la salud de la comunidad, control de riesgos de la comunidad, seguimiento, etc.

En el año 2002 se celebró en la ciudad de Chicago la primera conferencia conjunta entre la N.A.N.D.A., el NIC y el NOC con el objetivo de avanzar en la integración de los diagnósticos enfermeros, las intervenciones y los resultados, en el campo de la asistencia, la formación y la investigación.

2.2.5. Evaluación de resultados del proceso

Todo proceso exige una evaluación de resultados que sirva como indicador de la bondad o no del instrumento utilizado; en el proceso de cuidados, los indicadores estarán en función de la consecución de los objetivos previstos.

La aplicación de un plan de cuidados estructurado permite valorar la idoneidad o no de las intervenciones realizadas y/o la posibilidad de la mejora de las mismas.

La evaluación es en sí misma un proceso y dadas las características del instrumento de cuidados, podemos identificar en que nivel del proceso se ha producido el error o la causa de la no consecución de un objetivo y así, poder reiniciar dicho proceso a partir de la resolución del error.

El proceso de cuidados utilizando la taxonomía normalizada propuesta por NANDA, NIC Y NOC ha sido aplicado en diversos hospitales y centro de salud con eficacia probada[63].

Los primeros intentos de estandarizar el proceso en el campo asistencial, informatizando los resultados, se empezaron a poner en práctica en EE.UU[64] y esta experiencia se ha llevado a cabo, posteriormente, en diversos países latinoamericanos[65], europeos[66] y asiáticos[67].

---

[63] Keenan G, Aquilino ML. *Standarized nomenclatures: Keys to contuity of care, nursing accountability and nursing efectiveness*. Outcomes Manag Nurs Prac 1998; 2: 81-86

[64] Prophet CM, Dorr GG, Gibbs TD, Porcella AA. *Implementatión of standarized languages (NIC, NOC) in on-line care planning and documentation Iowa* . Stud Health Technol Informa 1997; 46:395-400

[65] Barros AL, Fakih FT, Michel JL. *Use of the computer as a tool for the implementation of the nursing process. The experience of Sao Paulo/UNIFESP.* Rev Bras Enferm 2002; 55: 714-9

[66] Bertazzoni G. *Nursing intervention Classification (NIC) and Nursing Outcome Classification (NOC) of Iowa University; a description of methos, tools and contentes.* Italia Professioni Infermeristiche 2003; 56:143-58

[67] Yom YH, Yoo HS. *Aplication of nursing diagnoses, interventions, and outcomes to patients*

Esta experiencia se puesto en práctica en diversas especialidades médicas: Nefrología[68], Salud Publica[69], Urgencias[70], etc.

La informatización de la asistencia en el Estado Español se está llevando a cabo en diversas Autonomías por medio de programas institucionales: en Canarias para la provincia de Tenerife el programa CRONOS (Coordinación de Recursos Orientados a la Nueva Organización Sanitaria); en el País Vasco para la asistencia en atención primaria se ha puesto en marca el sistema OMI-AP[71]; en la actualidad se está poniendo en funcionamiento en Andalucía y en Galicia; en la Comunidad Valenciana se está realizando un estudio para su puesta en funcionamiento en Atención Primaria; en Catalunya en el campo de salud mental funciona en diversas instituciones (Complejo Asistencial Benito Menni, Sagrado Corazón en Martorell, etc.)

3. EXPERIENCIA PROFESIONAL CON EL PROCESO Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Nuestra experiencia personal sobre estos aspectos del quehacer diario de la Enfermería en Salud Mental, comienza a partir de la obtención de una beca del Fondo de Investigación Sanitaria de la Seguridad Social (FISSS), como **investigador principal** (expediente 89/0696), que tenía como objetivo la detección de problemas estandarizados por la North American Nursing Diagnoses Taxonomía I. Los objetivos del trabajo se centraron en:

1º Definir los problemas de Enfermería que aparecían con mayor frecuencia en una sala de hospitalización psiquiátrica en todos los pacientes que ingresaron de forma correlativa durante un año, excluyendo los que presentaban patología orgánica.

2º Valorar la evolución de problemas o respuestas detectadas en la estancia hospitalaria

---

undergoing abdominal surgery in Korea. Int J Nurs Terminol Classif 2002; 13: 77-87

[68] Zampieron A. *Nursing Classifications (NIC and NOC) and Hepatitis C in dialysis*. EDTNA ERCA J 2001; 27: 212

[69] Parris KM, Place PJ, Orellana E, Calder JA, Jackoson K, Karolys A, Meza M, Middoug C, Nguyen V, Shim NW, Smith D. *Integrating nursing diagnoses, interventions and outcomes in public health nursing*. Nurs Diagn 1999; 10: 49-56

[70] Hoyt KS. *Validating nursing with NANDA, NIC and NOC.* Emerg Nurs 1997; 23: 507-9

[71] AENTENDE http://www.aentde.com/correo/correo_IV-2 (10 noviembre 2004)

3º Evaluar los cambios producidos en los problemas o respuestas detectados comparando su presencia al ingreso y al alta hospitalaria

La metodología utilizada siguió las siguientes pautas:

a.- Codificar el listado de problemas propuesto por la NANDA. Detectar en el momento del ingreso hospitalario la aparición de problemas que se presentaban con mayor frecuencia.

b.- Graduar por medio de una escala de Likert de 3 a 0, considerando el 3 como máxima gravedad y 0 la desaparición del problema. La valoración de la gravedad se realizaba desde una perspectiva funcional, considerando la conciencia de enfermedad del paciente y las pautas de conducta saludable.

c.- Análisis de los resultados, por medio de un estadístico para datos no paramétricos.

Nuestros resultados se plasmaron en una serie publicaciones (Sales R. et la 1988, 1990, 1991, 2000, 2003 [72],[73],[74],[75],[76],[77],[78],[79])

Siguiendo esta línea de investigación se agruparon las respuestas que alteraban con mayor frecuencia cada patrón funcional, que se plasmaron a su vez en diversas publicaciones. (Albertos S, Sales R. 1995, 1996[80], [81])

En la actualidad estamos trabajando, tanto en la docencia como en la investigación, en la asignatura de Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental con un protocolo de recogida de datos organizado por patrones funcionales y respuestas que indican una alteración de dichos patrones en el campo de salud mental[82],[83],[84].

---

[72] Sales R, Albertos S, Leal I, Molero P. *Gradacion de Diagnosticos de Enfermería en una Unidad Psiquiátrica de un hospital general.* Enfermería Integral 1988; 1: 38-40

[73] Op. Cit. 57

[74] Op. Cit .58

[75] Op. Cit. 59

[76] Sales R, Albertos S, Molero P, Leal I, Terol E, Fontes, F. *Valoración gradación y 'scores' de un grupo de pacientes en el ingreso, a los seis meses y doce meses del alta de una unidad psiquiátrica de un hospital general*. En: El Diagnóstico de Enfermería. Jaén. Ed. Gráficas Jaén S.C.A. 1992 1: 111-118.

[77] Sales R. *La Hospitalización psiquiátrica domiciliaria*. Rev Virtual. Psiquiatría.com 2000

[78] Sales R. *Cuidadores Informales como agentes de Salud* . Rev.Virtual Psiquiatría.com 2002

[79] Sales R et al. *Cuidados de enfermería detectados en una población mayor de 65 años con problemas psiquiátricos.* http://www.educare21.net/ (10 de Diciembre 2004)

[80] Albertos S, Piqué J, Sales R, Leal MI. Colaboradores expertos. En Op.Cit 36

[81] Op. Cit. 57

[82] Op. Cit. 60

[83] Sales R http://www.anesm.net/documentos/protocolosdeValoración R.Sales.doc (25 de Noviembre 2004)

[84] Leal I, Sales R. *Enfermería psiquiátrica y de Salud Mental*. En: Vallejo J, Leal C (eds) "Tratado de Psiquiatría". Barcelona. Ars Médica. 2004: 2103-2120

Siguiendo en esta línea de trabajo, en el presente proyecto se intenta comprobar la evolución de los Patrones Funcionales que se identifican como alterados en el momento del ingreso, a través de la evolución de las respuestas identificadas; el grado de consecución de los objetivos esperados para cada respuesta alterada; las intervenciones que se realizan y la repercusión de las mismas en la consecución de cada objetivo. Así, como el tipo de transmisión de la información de problemas, objetivos e intervenciones utilizado por el personal de enfermería; es decir, si es de tipo oral en el cambio de turno, transcrito en las hojas de observación o bien detectado el investigador durante el proceso observación participante.

II. HIPOTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS

El personal de Enfermería de una planta de hospitalización psiquiátrica realiza intervenciones organizadas y estructuradas para alcanzar objetivos de salud, en función de las respuestas humanas identificadas en los pacientes psiquiátricos.

Objetivos

Para alcanzar nuestra hipótesis deberemos cumplimentar los siguientes objetivos generales y secundarios:

a) Generales:

1. Verificar que el personal de Enfermería detecta respuestas relacionadas con los Patrones de Salud en los pacientes ingresados en una sala de hospitalización psiquiátrica.

2. Verificar que el personal de Enfermería lleva a cabo procesos de cuidados de manera que les permite identificar respuestas o problemas, enunciar objetivos de salud, diseñar las actividades adecuadas y ejecutarlas en una sala de hospitalización psiquiátrica.

b) Secundarios:

1. Valorar la evolución de patrones, respuestas humanas y objetivos de salud en tanto dura la estancia hospitalaria

2. Valorar las intervenciones que se realizan, su coincidencia con las propuestas por el grupo de estudio de la Universidad de Iowa y las repercusiones en los objetivos alcanzados

3. Valorar si las intervenciones realizadas son trasmitidas entre turnos de trabajo y la forma de la transmisión (verbalizada, transcrita u observada por el método de la observación participante).

III. MATERIAL Y MÉTODO

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 (enero a junio de 2004).

Se han incluido a todos los pacientes ingresados durante el periodo de estudio y que cumplían los siguientes **criterios de inclusión:** pacientes de ambos sexos con edad superior a 18 años diagnósticados por el psiquiatría como esquizofrénia y trastornos del estado de ánimo y con una estancia hospitalaria superior a 16 días; este límite temporal se ha impuesto por considerar que la valoración y evolución más completas de los patrones funcionales requería como mínimo este tiempo y, además, se ha tenido en cuenta la estancia media hospitalaria en el año 2002 fue de 22,32 días con un predominio de mínimos de 15,3 días.

Como **criterios de exclusión** se han considerado una edad inferior a 18 años, pacientes con estancia hospitalaria inferior a 16 días, pacientes cuya causa de ingreso no obedecía a causas psiquiátricas y pacientes con patología dominante de otras especialidades médicas o con diagnósticos psiquiátricos diferentes a esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo.

Se han recogido los siguientes datos generales de cada paciente: edad, sexo, estado civil (solteros/as, casados/as, viudos/as, separados/as incluyendo en este último epígrafe a divorciados/as), nivel de estudios (primarios exclusivamente, secundarios y universitarios), religión (católica, protestante en sus diversas modalidades y mahometana), tipo de trabajo, estado laboral (ama de casa, paro, trabajo activo, pensionista, estudiante), antecedentes de ingresos anteriores en la planta de hospitalización del Servicio de Psiquiatría y, sí así fuera, número de ingresos y días de estancia hospitalaria y días de estancia hospitalaria en el ingreso 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.

2. DISEÑO

Para nuestro estudio hemos elaborado un protocolo de recogida de datos que es una revisión de otro elaborado anteriormente[85, 86] 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. Los patrones funcionales considerados han sido los descritos por Gordon[87]: 1 Patrón funcional percepción control de la salud; 2 Patrón funcional nutricional metabólico; 3 Patrón funcional eliminación; 4 Patrón funcional actividad ejercicio; 5 Patrón funcional sueño/descanso; 6 Patrón funcional cognitivo conductual; 7 Patrón funcional Autopercepción – autoconcepto; 8 Patrón funcional rol/ relaciones; 9 Patrón funcional sexualidad/ reproducción; 10 Patrón funcional adaptación/ tolerancia al estrés; 11 Patrón valores y creencias.

Para identificar las **respuestas alteradas**, hemos formulado una serie de ítems centrado en las características definitorias de cada una de ellas, según se recoge en la Taxonomía II de la NANDA[88] La graduación de las respuestas alteradas la hemos realizado por medio de una escala de Likert (5-1) con la misma metódica expuesta anteriormente; si la respuesta no ha sido identificada se ha marcado como 0. La selección de las respuestas que se presentan con mayor frecuencia en salud mental son 46; dicha selección es el resultado de nuestra propia experiencia adquirida en investigaciones anteriores[89, 90, 91, 92] : **.- Riesgo de intoxicación, lesión trauma, etc. .- Protección ineficaz .- Manejo inefectivo del régimen terapéutico .- Incumplimiento del tratamiento .- Automedicación .- Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar .- Desquilibrio nutricional por defecto .- Desequilibrio nutricional por exceso .- Desequilibrio por exceso o déficit de líquidos .- Incontinencia o retención urinaria .- Diarrea .- Estreñimiento .- Percepción subjetiva de la eliminación .- Trastorno o riesgo de la movilidad**

[85] Op Cit 83
[86] Op Cit 84
[87] Op Cit 43
[88] Op. Cit 48
[89] Op Cit 57
[90] Op. Cit 58
[91] Op. Cit 59

física .- Déficit de autocuidados: Baño/ higiene .- Déficit de autocuidados: alimentación .- Déficit de actividades recreativas .- Dificultad en el mantenimiento del hogar .- Deterioro del patrón del sueño .- Deprivación del sueño .- Trastorno de los procesos del pensamiento .- Déficit de conocimiento .- Deterioro de la memoria .- Deterioro en la interpretación del entorno .- Conflicto de decisiones .- Ansiedad .- Desesperanza .- Baja autoestima .- Trastorno de la imagen corporal .- Riesgo de violencia autodirigida o dirigida hacia otros .- Duelo anticipado .- Aislamiento social .- Deterioro en la interacción social .- Interacción de los procesos familiares .- Cansancio del rol de cuidador .- Deterioro en la comunicación verbal .- Disfunción sexual .- Patrones sexuales inefectivos .- Afrontamiento inefectivo .- Deterioro en la adaptación .- Afrontamiento ineficaz incapacitante .- Riesgo de suicidio .- Riesgo de automutilación .- Sufrimiento espiritual.

b) La selección de respuestas alteradas, su conceptualización y sus características definitorias se encuentran en el Anexo II

c) Los **objetivos** que se esperan conseguir para la resolución de las respuestas alteradas se han seleccionado del listado codificado por el grupo de trabajo de la Universidad de Iowa (NOC)[93] y está formada por 51 objetivos.

La selección de objetivos del listado y su conceptualización se encuentran en el Anexo IV.

Estos objetivos fueron gradados de 1 a 5, considerando el valor 5 cuando el paciente se encontraba más alejado del objetivo a alcanzar y 1 cuando más cercano se mostraba; se ha puntuado con un 0 cuando el objetivo no era considerado preferente.

Los objetivos analizados en nuestro estudio

1º Nivel de compromiso del paciente, familia o sociedad, en este nivel se miden el grado de compromiso del paciente y la familia en el proceso de salud y su participación en la organización de los cuidados. Los objetivos que se pretenden alcanzar para la resolución de cada problema detectado, se han valorado en función del conocimiento que el paciente y familia tienen sobre la enfermedad, sus síntomas, evolución esperada, tratamiento, etc y su aproximación a la adecuación de conductas.

---

[92] Op. Cit 60

Se ha valorado con un **5** ningún conocimiento o conductas totalmente inadecuadas ; **4** escaso conocimiento o conductas poco adecuadas; **3** moderado conocimiento o conductas moderadamente adecuadas; **2** sustancial conocimiento pero conductas mejorables; **1** conocimiento extenso y conductas totalmente adecuadas: **Participación de la familia en la asistencia sanitaria, Adaptación psicosocial: cambio de vida, Adaptación psicosocial de la familia: cambio de vida, Capacidad de comunicación, Recuperación de abandono, Bienestar del cuidador, Bienestar espiritual.**

2º Nivel de desviación del rasgo fisiológico esperado, valora el nivel de desviación de estados fisiológicos considerados saludables. Los objetivos que se pretenden conseguir se puntuaban al ingreso y al alta, considerando la proximidad o alejamiento del rango esperado considerado saludable, puntuando con un **5** la máxima desviación del rango; **4** muy desviado; **3** moderadamente desviado; **2** ligeramente desviado y **1** completamente adecuado: **Estado nutricional adecuado, Equilibrio alimenticio, Adecuación de líquidos, Control de la micción, Continencia intestinal, Orientación cognitiva, Mantener la memoria, Control de la depresión, Equilibrio emocional, Conocimiento: funcionamiento sexual, Funcionamiento sexual.**

3º Nivel de dependencia del paciente, se valora el nivel de autonomía/dependencia del paciente. Los objetivos que se pretenden alcanzar para la resolución de cada problema detectado, se han valorado en función de la proximidad del estado del paciente al patrón saludable. Se ha valorado con un **5** dependencia absoluta; un **4** dependencia en algunas actividades; **3** dependencia moderada; 2 independencia relativa; **1** independencia total: **Autogestión de los cuidados:alimentación, Autogestión de los cuidados: aseo, medicación, etc., Cuidados personales:comer**

4º Nivel de movilidad articular, se valora la capacidad de movimiento y descanso. Los objetivos que se pretenden alcanzar para la resolución de cada problema detectado, se han valorado en función del nivel de autonomía/dependencia respecto la movilidad y la proximidad del estado del paciente al patrón saludable. Se ha valorado con un **5** dependencia absoluta; un **4** dependencia en algunas actividades;

[93] Op. Cit 61

3 dependencia moderada; 2 independencia relativa; **1** independencia total: **Nivel de movilidad, Movimientos con objeto, Descanso bienestar,**

5º Nivel de adecuación de la conducta. En este nivel, los objetivos se centran en las conductas adecuadas o desviadas del patrón saludable. Los objetivos que se pretenden alcanzar para la resolución de cada problema detectado, se han valorado en función de la proximidad de las pautas de conducta del paciente al patrón saludable, puntuando con un **5** las conductas totalmente inadecuadas; **4** muy inadecuadas; **3** moderadamente adecuadas; un **2** sustancialmente adecuadas; un **1** completamente adecuadas: **Conocimiento de seguridad, Conducta de seguridad, Conducta de cumplimiento, Conducta de obediencia, Actividades de ocio, Control de la ansiedad, Capacidad cognitiva, Autocontención de violencia.**

6º Grado de seguridad. Los objetivos se centran en dirigir o mantener conductas que alejen al paciente de factores de riesgo. Se han valorado en función de la proximidad de las pautas de conducta del paciente al patrón saludable, puntuando con un **5** las conductas totalmente inadecuadas; **4** muy inadecuadas; **3** moderadamente adecuadas; un **2** sustancialmente adecuadas; un **1** completamente adecuadas: **Control de riesgos, Conducta de seguridad, Control del pensamiento distorsionado, Autocontención de violencia, Control de los impulsos, Prevención del suicidio.**

7º Conocimiento del nivel de salud del paciente y familia: Los objetivos que se pretenden alcanzar para la resolución de cada problema detectado, se han valorado en función del conocimiento que el paciente tiene sobre la enfermedad, sus síntomas, evolución esperada, tratamiento, etc. y su aproximación a la realidad. Se ha valorado con un **5** ningún conocimiento; **4** escaso conocimiento; **3** moderado conocimiento; **2** sustancial conocimiento; **1** conocimiento extenso: **Elaboración de la información, Esperanza.**

8º Valoración de la imagen corporal: Los objetivos que se pretenden alcanzar para la resolución de cada problema detectado, se han valorado en función del conocimiento que el paciente tiene sobre la enfermedad, sus síntomas, evolución esperada, tratamiento, etc y su aproximación a la realidad. Se ha valorado con un **5** ningún conocimiento; **4** escaso conocimiento; **3** moderado conocimiento; **2** sustancial conocimiento; **1** conocimiento extenso: **Elevar autoestima, Imagen corporal**

9º Creencias sobre la salud: Los objetivos que se pretenden alcanzar para la resolución de cada problema detectado, se han valorado en función del conocimiento que el paciente tiene sobre la enfermedad, sus síntomas, evolución esperada, tratamiento, etc y su aproximación a la realidad. Se ha valorado con un **5** ningún conocimiento; **4** escaso conocimiento; **3** moderado conocimiento; **2** sustancial conocimiento; **1** conocimiento extenso: **Creencias sobre la salud, Bienestar espiritual, Equilibrio emocional.**

10º Gravedad de las consecuencias del problema: Se valora el nivel de riesgo y peligrosidad para sí o para otros. Los objetivos que se pretenden alcanzar para la resolución de cada problema detectado, se han valorado en función de la proximidad del estado del paciente al patrón saludable. Se ha valorado con un **5** máximo riesgo; un **4** mucho riesgo; **3** riesgo moderado; **2** riesgo relativa; **1** ningún riesgo: **Estado de seguridad física, Control de la depresión.**

11º Nivel de competencia social: Los objetivos que se pretenden alcanzar para la resolución de cada problema detectado, se han valorado en función del conocimiento que el paciente tiene sobre la enfermedad, sus síntomas, evolución esperada, tratamiento, etc y su aproximación a la realidad. Se ha valorado con un **5** ningún conocimiento; **4** escaso conocimiento; **3** moderado conocimiento; **2** sustancial conocimiento; **1** conocimiento extenso: **Habilidades de interacción social, Actividad instrumental de la vida diaria, Implicación social, Recuperación del abandono.**

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[94], señalándose con un 1 si se realizaban, 2 si no se realizaban y un 3 en el caso de que no fueran pertinentes.

Del listado propuesto por el grupo de Iowa, hemos seleccionado las intervenciones relacionadas con los objetivos esperados en salud mental, quedando un listado de 63 intervenciones. En esta selección de intervenciones hemos obviado los que hacía referencia a objetivos de la infancia, traumatismos, quirúrgicos, etc.

[94] Op. Cit 62

También en la selección de las intervenciones hemos tenido como referente el modelo de Henderson, seleccionando aquellas actividades en las que el sujeto puede participar. La conceptualización de las intervenciones se muestra en el Anexo VI.

Las intervenciones seleccionadas, sus clases y su distribución en campos es la siguiente:

1. Campo ***fisiológico básico,*** cuidados dirigidos al funcionamiento físico del organismo. Las **clases** de intervenciones de este campo se centran en: control de actividad y ejercicio, eliminación, movilidad, nutrición, comodidad física y autocuidados.

De este campo he tomado las intervenciones: **Alimentación, Ayuda en los autocuidados: alimentación, Ayuda en los autocuidados: aseo, Fomento del ejercicio, Manejo de la energía, Enseñanza:Dieta prescrita, Enseñanza actividad-ejercicio, Fomentar el sueño, Manejo de la energía Manejo de la nutrición, Monitorización nutricional.**

2. Campo ***fisiológico complejo***, cuidados dirigidos a la regulación homeostática del organismo. Las **clases** de intervención son: control de electrólitos y ácido-base, control de fármacos, control neurológico, respiratorio, piel heridas, termorregulación, etc.

De este campo se han tomado las intervenciones: **Administrar la medicación, Manejo de la medicación, Manejo de líquidos, Manejo de líquidos/electrolitos, Monitorización de líquidos**

3. Campo ***conductual,*** cuidados dirigidos hacia el funcionamiento psicosocial y la promoción de los cambios en el estilo de vida de la persona. Las **clases** de intervención son: terapia conductual, cognitiva, potenciación de la comunicación, afrontamiento, educación.

De este campo he tomado las intervenciones: **Acuerdo con el paciente Asesoramiento**, **Asesoramiento sexual, Aumentar el afrontamiento, Aumento de los sistemas de apoyo, Apoyo emocional, Apoyo en la toma de decisiones, Contacto, Control del humor, Dar esperanza, Enseñanza dieta prescrita, Disminución de la ansiedad, Enseñanza individual, Enseñanza del proceso de la enfermedad, Enseñanza de la medicación prescrita, Entrenamiento de la**

memoria, Enseñanza de la sexualidad, Entrenamiento en la asertividad, Escucha activa, Establecer límites, Facilitar las visitas, Facilitar el aprendizaje, Grupos de apoyo, Manejo de la conducta, **Técnicas de relajación, Terapia de actividad, Potenciación de la autoestima, Potenciación de roles , Potenciación de la seguridad, Potenciación de la socialización, Presencia, Terapia de actividad,**

4**.** Campo ***seguridad,*** cuidados dirigidos hacia la protección contra los peligros para la persona, tanto de carácter físico como psicológico. Las **clases** de intervención son: control en casos de crisis y control de riesgos.

De este campo he tomado las intervenciones: **Aislamiento, Aumentar la autoestima**, **Manejo ambiental, Manejo de las alucinaciones, Manejo del delirio, Manejo de ideas ilusorias, Prevención de violencia, Potenciación de la seguridad, Potenciación de la socialización, Prevención de suicidio, Control del humor, Contacto, Contención mecánica, Disminución de la ansiedad: impulsos, Terapia ambiental, Vigilancia, Vigilancia seguridad**

5. Campo ***familia,*** integra los cuidados dirigidos hacia la unidad familiar, centrados en alguno de sus miembros o en el conjunto de la familia. Las **clases** de intervención son: cuidados de un nuevo bebé, de crianza y cuidados de la vida, fomento de la implicación familiar

De este campo he tomado las intervenciones: **Apoyo a la familia, Apoyo al cuidador principal, Estimulación de la integridad familiar, Fomento de la implicación familiar, Fomento de la normalización familiar, Mantenimiento de los procesos familiares , Facilitar las visitas**

6. Campo ***sistemas de salud,*** cuidados dirigidos a promover el uso eficaz de los sistemas de prestación de asistencia sanitaria por parte de los usuarios de dicho sistema. Las **clases** de intervención son: medición del sistema sanitario, gestión e información.

De este campo he tomado las intervenciones: **Apoyo en la toma de decisiones, Guías del sistema sanitario,**

7. Campo ***comunidad,*** cuidados dirigidos hacia el fomento y la promoción de la

salud de la comunidad. Las **clases** de intervención son: **Desarrollo de programas, fomento de la salud de la comunidad, Control de riesgos de la comunidad, seguimiento, etc.**

De este campo hemos tomado la intervención "**Desarrollo de programas**" y **"Educación sanitaria**", pero debido a que se centraban fundamentalmente en la planificación de actividades intrahospitalarias y asesoramiento sobre las conductas que el paciente debería realizar en la comunidad para mantener el estado de salud, las hemos analizado dentro del campo 6 sistemas de salud .

No he tomado ninguna intervención de este campo dado que el trabajo se ha realizado en tanto duraba la estancia hospitalaria.

Para realizar el análisis estadístico, de la impronta que las intervenciones enfermeras influyen en resolución de respuestas alteradas y objetivos de salud alcanzados, hemos utilizado los 6 campos campos de intervención: ***fisiológico básico, fisiológico complejo, conductual, seguridad, familia,sistemas de salud*** , por considerar que resultaba mas aclaratorio para nuestros análisis.

Cada intervención está compuesta por una o varias acciones y se ha considerado como intervenciones realizadas si éstas aparecían en la información que se daba en cada cambio de turno, en las hojas de enfermería o si se observaba que se habían realizado.

La conceptualización de las intervenciones y las acciones específicas de cada intervención, se muestra en el Anexo VI.

3. RECOGIDA DE DATOS DEL ESTUDIO

Todos los datos (Patrones funcionales, respuestas que identifican alterado cada Patrón Funcional, objetivos de salud e intervenciones) se han recogido en un cuaderno diseñado *ad hoc* (Anexo VII). Dicho cuaderno de recogida de datos, esta dividido en 11 partes correspondientes a cada patrón, donde se registraba las características definitorias de cada respuesta que estaban presentes en cada individuo así como la respuesta que dichas características definen. La selección de las respuestas que muestran alterado cada patrones, las hemos tomado del listado de la Taxonomía II (NANDA) que se presentan de forma mas frecuente.según nuestros trabajos anteriores En el mismo protocolo de recogida de datos, se han registrado los objetivos que se espera conseguir en tanto dura la estancia hospitalaria. Los Patrones, las respuestas y los objetivos se han recogido en el momento del ingreso y

posteriormente al ser dados de alta. Igualmente el cuaderno, recoge las intervenciones seleccionadas (NIC) que realiza el personal de Enfermería durante la estancia hospitalaria del paciente.

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, considerando la 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; para la recogida de datos hemos asistido regularmente al cambio de turno matinal del personal de Enfermería donde se comentan las incidencias descritas por el turno de tarde-noche (saliente) y el de mañana (entrante). Los datos de cada uno de los pacientes (al ingreso y al alta) se han recogido de tres fuentes: **a)** reunión en el cambio de turno (verbalización), dado que los turnos de trabajo del personal sanitario es de dos tipos, uno de tarde y noche, y otro de mañana, que permite en la reunión diaria recoger toda la información de 24 horas; **b)** hojas de observación donde cada turno de enfermería escribe cada día las observaciones sobre los pacientes (transcripción) y **c)** observación participante abierta en la sala (visualizadas diariamente), esta fuente de recogida de datos por inmersión en la actividad cotidiana, nos ha permitido observar y compartir la realidad social de los protagonistas sobre los que se han recogido los datos pertinentes, siguiendo la metodología propuesta por Guasch O. 1977 [95]., confirmando, negando o detectando las intervención que realizan los enfermeros y las enfermeras en la resolución de problemas

Para el desarrollo de nuestro estudio ha sido necesaria la coordinación con el personal de enfermería responsable de los cuidados a los pacientes hospitalizados; por ello, tras la realización del protocolo de recogida de datos, hemos asistido, participado y modulado las reuniones diarias en la planta de hospitalización con el personal sanitario de cada uno de los turnos de trabajo. El personal sanitario participante en el estudio no

[95] Guasch, O**.,** *Observación participante*, Madrid: Cuadernos Metodológicos del CIS, Nº20, 1997.

estaba especialmente entrenado para su realización, pero asumía su desarrollo y exponía las dudas que eran analizadas de forma participativa; el personal sanitario 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).

El conocimiento y experiencia en el campo de Salud Mental presentaba la siguiente distribución: 4 enfermeras poseían experiencia y conocimiento amplios y en 3 eran de tipo medio. El personal auxiliar, una tenía conocimiento y experiencia tras muchos años de trabajo con pacientes psiquiátricos y los otros cuatro poseían escasa experiencia en este tipo de pacientes.

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 [96,97] 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.

Este servicio de medidas de tiempo de dedicación, distribuye los cuidados en tres módulos que pueden equipararse a las intervenciones realizadas por el modelo NIC[98] y son las siguientes: Módulo 1, "Cuidados directos" que en nuestro estudio se corresponde a los campos de intervención fisiológico y fisiológico básico; Modulo 2. "Comunicación en relación directa al cliente", según nuestro modelo incluiría los campos conductuales, seguridad y familia; Módulo 3, "Administración de mantenimiento" que según nuestra calificación correspondería al campo sistemas de salud y comunidad.

La evaluación del PRN fue realizada por la empresa "Salud y Gestion S.A"[99]

---

[96] http://www.prnhealthservices.com/ (10 de Febrero 2005)
[97] O'Brien-Pallas, L. *Analysis of Variation in Nursing Workload*. Toronto University Canada 1987
[98] Op. Cit 62
[99] Grupo de Gestión Operativa para el desarrollo de los Servicios Sanitarios. Barcelona.
"*La evaluación de los tiempos de cuidados en el Hospital Clínico Universitario de Enfermería, tenían como objetivos a medio y largo plazo los siguientes:*

.- Atribución de recursos de enfermería en las Unidades de hospitalización
.- Asignación de pacientes al personal de enfermería en función de las cargas de cuidados
.- Determinación del equipo básico de enfermería
.- Caracterizar el nivel de cuidados que se proporciona al paciente

4. VARIABLES ANALIZADAS

Los datos recogidos en nuestro estudio se esquematizan así:

1º.- Patrón percepción manejo de la salud

1.1. Respuesta alterada: *Riesgo de intoxicación, lesión, asfixia, etc.*

1.1.a Objetivo de salud: Conducta de seguridad

1.1.a.1 Intervenciones: 1 Manejo ambiental: 2 Vigilancia seguridad, 3 Identificación de riesgos, 4 Contención mecánica.

1.1.b Objetivo de salud: Conocimiento de seguridad

1.1.b.1 Intervenciones:1 Manejo de la medicación, 2 Enseñanza del proceso de la enfermedad

1.1.c Objetivo de salud: Control de riesgos

1.1.c.1 Intervenciones:1, Identificación de riesgos 2 Potenciación de la seguridad

1.2. Respuesta alterada: *Protección ineficaz*

1.2. a Objetivo de salud: Orientación cognitiva

1.2.a.1 Intervenciones: 1 Orientación en la realidad 2 Aumentar afrontamiento, 3 Apoyo emocional, 4 Control del humor

1.3. Respuesta alterada: *Manejo inefectivo régimen terapéutico*

1.3.a. Objetivo de salud: Conducta de cumplimiento

1.3.a.1 Intervenciones: 1 Educación sanitaria, 2 Desarrollo de programa, 3 Guías del sistema sanitario, 4 Facilitar el aprendizaje.

1.4. Respuesta alterada: *Incumplimiento de tratamiento*

1.4.a. Objetivo de salud: Conducta de obediencia

.- medir el coste de los cuidados de enfermería
.- Minimizar las sobre cargas de trabajo."

1.4.a.1 Intervenciones: 1 Acuerdo con el paciente, 2 Administración de medicación, 3 Guias del sistema sanitario, 4 Enseñanza medicación prescrita

1.5. Respuesta alterada: *Automedicación*

1.5.a. Objetivo de salud: Conducta de obediencia

1.5.a.1 Intervenciones: 1 Educación sanitaria, 2 Desarrollo de programa, 3 Asesoramiento, 4 Enseñanza medicación prescrita

1.6. Respuesta alterada: *Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar*

1.6.a. Objetivo de salud: Participación de la familia en la asistencia sanitaria

1.6.a.1 Intervenciones: 1 Fomento de la implicación familiar, 2 Enseñanza de la enfermedad, 3 Guías del sistema sanitario

2º.- Patrón nutricional-metabólico

2.1. Respuesta alterada: *Desequilibrio nutricional: defecto*

2.1.a. Objetivo de salud: Estado nutricional: Masa corporal

2.1.a.1 Intervenciones: 1 Identificar el aporte calórico prescrito, 2 Educación alimentaria

2.2. Respuesta alterada: *Desequilibrio nutricional: exceso*

2.2.a. Objetivo de salud: Control del peso

2.2.a.1 Intervenciones: 1 Identificar el aporte calórico prescrito, 2 Educación alimentaria

2.3. Respuesta alterada: *Alteración del patrón alimenticio*

2.3.a. Objetivo de salud: Estado nutricional adecuado

2.3.a.1 Intervenciones: 1Ayuda en el autocuidado:alimentación, 2 Monitorización nutricional, 3 Etapas de la dieta

2.4. Respuesta alterada: *Desequilibrio por exceso o déficit de líquidos*

2.4.a. Objetivo de salud: Adecuación líquidos ingeridos

2.4.a.1 Intervenciones: 1 Monitorización de líquidos/ electrolitos, 2 Manejo de los líquidos.

<u>3º.- Patrón de eliminación</u>

3.1. Respuesta alterada: *Incontinencia o retención urinaria*

3.1.a. Objetivo de salud: Control de la micción

3.1.a.1 Intervenciones: 1 Monitorización de líquidos, 2 Manejo de líquidos/electrolitos

3.2. Respuesta alterada: *Diarrea*

3.2.a. Objetivo de salud: Continencia intestinal

3.2.a.1 Intervenciones: 1 Etapas en la dieta, 2 Monitorización de líquidos, 3 Manejo de líquidos/electrolitos

3.3. Respuesta alterada: *Estreñimiento*

3.3.a. Objetivo de salud: Continencia intestinal

3.3.a.1 Intervenciones: 1 Etapas en la dieta, 2 Manejo de la nutrición, 3 Monitorización de nutricional

3.4. Respuesta alterada: *Percepción subjetiva de la eliminación*

3.4.a. Objetivo de salud: Creencias sobre la salud

3.4.a.1 Intervenciones: 1 Asesoramiento, 2 Enseñanza individual, 3 Fomento del ejercicio

4º.- Patrón de actividad y ejercicio

4.1. Respuesta alterada: *Trastorno o riesgo de la movilidad física*

4.1.a. Objetivo de salud: Nivel de movilidad

4.1.a.1 Intervenciones: 1Manejo de la energía, 2 Enseñanza actividad ejercicio, 3 Fomento del ejercicio, 4 Terapia de actividad

4.2. Respuesta alterada: *Vagabundeo*

4.2.a. Objetivo de salud: Deambulación: caminata

4.2.a.1 Intervenciones: 1 Manejo ambiental, 2 Manejo de la energía, 3 Enseñanza dirigida

4.3. Respuesta alterada: *Déficit de autocuidados: Wc, aseo, limpieza,*

4.3.a. Objetivo de salud: Autogestión de los cuidados:aseo

4.3.a.1 Intervenciones: 1 Ayuda a los autocuidados (aseo), 2 Enseñanza indivdual, 3 Manejo ambiental, 4 Acuerdo con el paciente.

4.4. Respuesta alterada: *Déficit de autocuidados: Alimentación*

4.4.a. Objetivo de salud: Autogestión de los cuidados:alimentación

4.4.a.1 Intervenciones: 1 Etapas de la dieta, 2 Ayuda a los autocuidados :Alimentación, 3 Enseñanza individual

4.5. Respuesta alterada: *Déficit de actividades recreativas*

4.5.a. Objetivo de salud: Participación en actividades de ocio

4.5.a.1 Intervenciones: 1 Terapia de actividad, 2 Facilitar las visitas, 3 Terapia ambiental, 4 Grupo de apoyo

4.6. Respuesta alterada: *Deterioro en el manejo del hogar*

4.6.a. Objetivo de salud: Actividad instrumental de la vida diaria

4.6.a.1 Intervenciones: 1 Enseñanza aprendizaje, 2 Asistencia en el mantenimineto del hogar, 3 Aumentar sistemas de apoyo

5º.- Patrón de sueño y descanso

5.1. Respuesta alterada: *Deterioro del patrón de sueño*

5.1.a. Objetivo de salud: Descanso, bienestar

5.1.a.1 Intervenciones: 1 Fomentar el sueño, 2 Facilitar la relajación, 3 Manejo de la medicación, 4 Disminución de la ansiedad,

5.2. Respuesta alterada: *Deprivación del sueño*

5.2.a. Objetivo de salud: Descanso, bienestar

5.2.a.1 Intervenciones: 1 Fomentar el sueño, 2 Facilitar la relajación, 3 Manejo de la medicación, 4 Disminución de la ansiedad,

6º.- Patrón cognitivo-perceptivo

6.1. Respuesta alterada: *Trastorno de los procesos del pensamiento*

6.1.a. Objetivo de salud: Control del pensamiento distorsionado.

6.1.a.1 Intervenciones: 1 Manejo ambiental: seguridad, 2 Manejo ideas ilusorias, 3 Manejo del delirio, 4 Manejo de las alucinaciones.

6.1.b. Objetivo de salud: Orientación cognitiva

6.1.b.1 Intervenciones: 1Orientación en la realidad, 2 Manejo de la medicación, 3 Manejo ambiental: seguridad

6.2. Respuesta alterada: *Déficit de conocimientos*

6.2.a. Objetivo de salud: Orientación cognitiva

6.2.a.1 Intervenciones: 1 Enseñanza del proceso de la enfermedad, 2 Manejo ideas ilusorias, 3 Manejo de la conducta, 4 Vigilancia.

6.3. Respuesta alterada: *Deterioro de la memoria*

6.3.a. Objetivo de salud: Mantener la memoria

6.3.a.1 Intervenciones: 1 Entrenamiento de la memoria, 2 Manejo ambiental: seguridad, 3 Manejo de la conducta, 4 Vigilancia.

6.4. Respuesta alterada: *Deterioro en la interpretación del entorno*

6.4.a. Objetivo de salud: Elaboración de la información

6.4.a.1 Intervenciones: 1 Orientación en la realidad, 2 Manejo del delirio, 3 Apoyo emocional, 4 Vigilancia.

6.5. Respuesta alterada: *Conflicto de decisiones*

6.5.a. Objetivo de salud: Elaboración de la información

6.5.a.1 Intervenciones: 1 Asesoramiento, 2 Aumentar el afrontamiento, 3 Aumentar sistemas de apoyo, 4 Apoyo en la toma de decisiones

<u>7º.-Patrón de autopercepción y autoconcepto</u>

7.1. Respuesta alterada: *Ansiedad*

7.1.a. Objetivo de salud: Control de ansiedad:impulsos, inquietud

7.1.a.1 Intervenciones: 1 Disminución de la ansiedad, 2 Establecer límites, 3 Técnicas de relajación,

7.1.b. Objetivo de salud: Habilidades de interacción social

7.1.a.1 Intervenciones: 1 Aumentar sistemas de apoyo, 2 Potenciar la socialización, 3 Entrenamiento en la asertividad,

7.2. Respuesta alterada: *Desesperanza*

7.2.a. Objetivo de salud: Control de la depresión

7.2.a.1 Intervenciones: 1 Identificación de riesgos, 2 Control del humor, 3 Aumentar sistemas de apoyo

7.2.b. Objetivo de salud: Esperanza

7.2.b.1 Intervenciones: 1 Dar esperanza, 2 Control del humor, 3 Presencia

7.3. Respuesta alterada: *Baja Autoestima*

7.3.a Objetivo de salud: Elevar la autoestima

7.3.a.1 Intervenciones: 1. Apoyo emocional, 2 Potenciación de la autoestima, 3 Control del humor, 4 Escucha activa.

7.3.b Objetivo de salud: Equilibrio emocional

7.3.b.1 Intervenciones: 1.Aumentar el afrontamiento, 2 Control del humor, 3 Aumentar sistemas de apoyo

7.4 Respuesta alterada: *Trastorno de la imagen corporal*

7.4.a. Objetivo de salud: Adaptación psicosocial: cambio de vida. Identidad

7.4.a.1 Intervenciones: 1 Potenciación de roles, 2 Apoyo emocional,

3 Potenciación de la imagen corporal

7.5 Respuesta alterada: *Riesgo violencia autodirigida o dirigida a otros*

7.5.a. Objetivo de salud: Autocontención de violencia

7.5.a.1 Intervenciones: 1 Administración de medicación, 2 Manejo ambiental: prevención de violencia, 3 Sujeción mecánica,

4 Aislamiento

8º.- Patrón de rol y relaciones

8.1. Respuesta alterada: *Duelo anticipado*

8.1.a. Objetivo de salud: Control de la depresión

8.1.a.1. Intervenciones: 1 Apoyo emocional, 2 Control del humor, 3 Aumento de los sistemas de apoyo

8.2. Respuesta alterada: *Aislamiento social*

8.2.a. Objetivo de salud: Habilidades de interacción social

8.2.a.1. Intervenciones: 1 Potenciación de la socialización,

2 Entrenamiento en la asertividad, 3 Aumentar sistemas de apoyo, 4 Potenciación de autoestima.

8.3. Respuesta alterada: *Deterioro de la interacción social*

8.3.a. Objetivo de salud: Implicación social

8.3.a.1 Intervenciones: 1 Potenciación de la socialización, 2 Apoyo emocional, 3 Aumentar sistemas de apoyo, 4 Potenciación de autoestima

8.4. Respuesta alterada: *Interrupción de los procesos familiares*

8.4.a. Objetivo de salud: Adaptación psicosocial de la familia:cambio de vida

8.4.a.1 Intervenciones: 1 Apoyo a la familia, 2 Estimulación de la integridad familiar, 3 Mantenimiento familiares.

8.5. Respuesta alterada: *Cansancio del rol de cuidador*

8.5.a. Objetivo de salud: Bienestar del cuidador

8.5.a.1. Intervenciones: 1 Apoyo al cuidador principal, 2 Fomento de la normalización familiar, 3 Apoyo a la familia.

8.6. Respuesta alterada: *Deterioro en la comunicación verbal*

8.6.a. Objetivo de salud: Capacidad de comunicación

8.6.a.1 Intervenciones: 1 Fomento de la comunicación, 2 Escucha activa, 3 Contacto, 4 Presencia.

<u>9º.- Patrón de sexualidad y reproducción</u>

9.1. Respuesta alterada: *Disfunción sexual*

9.1.a. Objetivo de salud: Funcionamiento sexual

9.1.a.1 Intervenciones: 1 Asesoramiento sexual, 2 Enseñanza sexualidad, 3 Manejo de la conducta sexual.

9.2. Respuesta alterada: *Patrones sexuales inefectivos*

9.2.a. Objetivo de salud: Funcionamiento sexual

9.2.a.1 Intervenciones: 1 Asesoramiento sexual, 2 Enseñanza sexualidad, 3 Manejo de la conducta sexual

<u>10º.- Patrón de adaptación y tolerancia al estrés</u>

10.1. Respuesta alterada: *Afrontamiento inefectivo*

10.1.a. Objetivo de salud: Control de los impulsos

10.1.a.1 Intervenciones: 1 Aumentar el afrontamiento, 2 Precaución contra fugas, 3 Control del humor, 4 Terapia ambiental

10.2. Respuesta alterada: *Deterioro en la adaptación*

10.2.a. Objetivo de salud: Adaptación psicosocial: Cambio de vida

10.2.a.1 Intervenciones: 1 Aumentar el afrontamiento, 2 Enseñanza del proceso de la enfermedad, 3 Modificación de la conducta, 4 Facilitar las visitas

10.3. Respuesta alterada: *Afrontamiento familiar incapacitante*

10.3.a. Objetivo de salud: Recuperación del abandono

10.3.a.1 Intervenciones: 1 Apoyo a la familia,2 Estimulación de la integridad familiar, 3 Fomento de la implicación familiar,

10.4. Respuesta alterada: *Riesgo de suicidio*

10.4.a. Objetivo de salud: Prevención del suicidio

10.4.a.1 Intervenciones: 1 Ambiente de seguridad, 2 Vigilancia, 3 Aumentar el afrontamiento, 4 Sujeción mecánica.

10.5. Respuesta alterada: *Riesgo de automutilación*

10.5.a. Objetivo de salud: Evitar la autolesión

10.5.a.1 Intervenciones: 1 Ambiente de seguridad, 2 Vigilancia,

3 Aumentar el afrontamiento, 4 Presencia

<u>11º.- Patrón de valores y creencias</u>

11.1. Respuesta alterada: *Sufrimiento espiritual*

11.1.a. Objetivo de salud: Bienestar espiritual

11.1.a.1 Intervenciones: 1 Apoyo emocional, 2 Apoyo en la toma de decisiones, 3 Escucha activa

También se ha analizado la fuente de la recogida de datos, si eran transcritos en las hojas de observación, verbalizadas en los cambios de turno o por medio de la observación participante.

5. MÉTODO ESTADÍSTICO

VARIABLES DEPENDIENTES:

a.- En las diversas fases de este trabajo, se consideran como categorías de variables de resultado, las evoluciones ingreso/alta de: **grado de alteración de los patrones funcionales, grado de alteración de las respuestas humanas** (seleccionadas de las 155 propuestas por la NANDA) que se integran como contribuyentes del estado de cada patrón y los **objetivos esperados/alcanzados.**

El cambio (mejoría o empeoramiento) medido para cada una de estas categorías de variables de resultado, se obtuvo mediante la diferencia entre el valor asignado en el momento del ingreso y el asignado en el momento del alta. Por tanto, los valores obtenidos mediante la resta de los respectivos scores alta-ingreso, se constituyen como indicadores de la ganancia o pérdida tras la actuación del personal de enfermería durante la estancia hospitalaria.

b.- Así mismo y también como variables dependientes, se han generado **variables globales sintéticas** que contuvieran la variación conjunta de ciertas categorías de las variables de resultado antes reseñadas. Dichas variables de cambio conjunto, se han obtenido mediante la suma algebraica de las categorías de variables de resultado correspondientes y para cada uno de los pacientes bien de forma global o particular para las diversas categorías y sus tipos.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

a.- Las actuaciones de la enfermería (seleccionadas del catálogo de intervenciones NIC), se han considerado en su conjunto como una categoría explicativa. De esta forma a lo largo del trabajo y mediante análisis bivariados o multivariados, se ha indagado la relación de las distintas variables de resultados antes expresadas respecto a las **intervenciones** que realiza la enfermería para la consecución de impactos de salud. Estas variables explicativas de intervención, se han consignado de forma dicotómica (realización o no realización).

Para este tipo de variables explicativas (intervenciones) se recogió la información mediante tres fuentes: transcrita en las hojas de observación de Enfermería, verbalizada en los cambios de turno o por medio de la observación participante.

b.- También para estas variables explicativas y mediante sumatorios algebraicos, se han generado variables sintéticas que agregan el número de intervenciones realizadas para cada paciente. Se han particularizado dichos sumatorios en diferentes tipos de variables según clasificaciones ceñidas al patrón funcional o al campo de actuación.

c.- Así mismo se han recogido otras variables independientes ligadas a las características de cada paciente:

Cualitativas	Nombre, Estado Civil Situación de actividad País de nacimiento Religión que profesa Diagnóstico DSM IV al ingreso
Dicotómicas	Sexo, Ingresos previos
Ordinales	Nivel de estudios
Cuantitativas	Edad en años cumplidos al ingreso Número de ingresos previos, Número de días de ingresos previos Días de estancia en el ingreso actual
Cuantitativos (Fechas)	Fecha de ingreso en episodio actual Fecha del alta en episodio actual

IV. RESULTADOS

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

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

Se ha realizado inicialmente un análisis descriptivo de las características de los pacientes incluidos en el estudio; la diferencia entre variables cuantitativas de alguna de estas características se han 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.

Se ha utilizado el estadístico de Kruskal-Wallis como prueba no paramétrica para el análisis bivariado en caso de más de dos grupos en la variable explicativa y coexistencia de variable cuantitativa como dependiente.

Para analizar la concordancia en la forma en que la enfermería trasmite la información de las intervenciones realizadas, hemos utilizado el índice de concordancia kappa de Cohen.

El análisis multivariado se ha realizado mediante regresión logística múltiple ordinal, manteniendo siempre en el ajuste las variables de edad, sexo y diagnóstico. Para la obtención de modelos definitivos, se ha procedido de forma manual y parsimoniosa, introduciendo en los mismos las variables explicativas y manteniéndolas cuando superaban confrontaciones con modelos menos saturados anteriores para significaciones comparativas resultantes del test de Wald con un nivel menor de 0’05.

1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

La muestra estudiada consta de 100 pacientes con una edad media de 37.7 ± 15.4 años (rango 18-80 años, mediana de 34 años) y está compuesta por 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 ($p<0.001$). En cuanto a su estado civil, hay un predominio de solteros/as (68 pacientes), seguidos de casados/as (24 pacientes), viudos/as (6 pacientes) y separados/as (2 pacientes). En nuestro grupo de estudio predominan los pacientes con estudios primarios únicamente (51 pacientes) sobre los que poseen estudios secundarios (27 pacientes) y universitarios (22 pacientes). Hay que destacar la elevada frecuencia de pacientes en paro laboral (31 pacientes), seguida de trabajo activo remunerado (29 pacientes), jubilados (20 pacientes), amas de casa (12 pacientes) y estudiantes (8 pacientes). Obviamente, la nacionalidad más prevalente ha sido la española (90 pacientes), seguida de la colombiana (4 pacientes), alemana (2 pacientes) y un paciente de Italia, Mali, Perú y Polonia, respectivamente. Respecto a las creencias religiosas, destaca la católica (95 pacientes), seguida de la protestante (4 pacientes) y mahometana (1 paciente).

Entre sus antecedentes personales, 47 pacientes presentaban algún ingreso previo en la planta de hospitalización del Servicio de Psiquiatría; se contabilizaban tres ingresos en 10 pacientes, dos ingresos en 18 pacientes y un solo ingreso anterior en 19 pacientes. En esta hospitalización anterior a nuestro estudio, la estancia media fue de 52.6 ± 23.9 días (rango de 25 y 134 días). Por el contrario, en 53 pacientes no se constataba ingreso psiquiátrico anterior.

Los pacientes incluidos en nuestro estudio permanecieron ingresados, como promedio, 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.

2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Realizaremos el análisis descriptivo de las variables incluidas en nuestro estudio de forma aislada y de forma conjunta.

2.1. VARIABLES DE LOS PATRONES FUNCIONALES

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; en conjunto, el *score* era de 4.76 ± 0.49. Al alta hospitalaria, su *score* medio era de 1.87 ± 0.72, observándose que no presentaban alteración alguna 31 pacientes y los restantes se distribuían así: 53 pacientes poco alterado, 14 pacientes moderadamente alterado y 2 pacientes bastante alterado; se demuestra una mejoría en la distribución de pacientes por grados de afectación ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon), así como en la disminución del *score* (- 2.89 ± 0.69, $p<0.001$, **t** de Student para datos apareados).

a) Respuestas identificadas.

Se observaban respuestas en todos los pacientes, aunque la afectación no era similar en todos ellos; así, la respuesta que aparece con mayor frecuencia es la referente a "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 hospitalaria, el grado de alteración de la respuesta "riesgo de lesión, intoxicación, asfixia, etc" ha disminuido en 89/91 pacientes (97.8%); en la respuesta "incumplimiento del tratamiento" disminuye el grado de afectación en 84/85 pacientes (98.8%); en la respuesta "automedicación" disminuye el grado de alteración en 55/56 pacientes (98.2%) y en la respuesta "manejo de la familia" lo hacen 60/64 pacientes (93.7%), no observándose ningún caso de mayor alteración al alta. En las

respuestas “protección ineficaz” y “manejo ineficaz del régimen” todos los pacientes habían mejorado el grado de alteración de las respuestas.

En la TABLA I se muestra la frecuencia de aparición de cada una de las respuestas, al ingreso y alta hospitalaria, con mejoría evidente tras la estancia hospitalaria ($p<0.001$ en todas las respuestas alteradas, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

	1	2	3	4	5
Resp. Alt. 1					
Ingreso	0	0	4	30	63
Alta	25	68	4	0	0
Resp. Alt. 2					
Ingreso	0	0	3	22	61
Alta	16	70	2	1	2
Resp.Alt. 3					
Ingreso	0	0	2	29	52
Alta	17	57	8	2	0
Resp. Alt. 4					
Ingreso	0	0	3	24	58
Alta	14	58	10	3	0
Resp. Alt. 5					
Ingreso	0	1	1	17	37
Alta	14	37	5	0	0
Resp. Alt. 6					
Ingreso	0	2	2	21	39
Alta	15	36	12	2	0

TABLA I. Distribución de los pacientes según la gravedad de las respuestas alteradas al ingreso y alta hospitalaria. En cada una de ellas se han excluido los pacientes en que no aparece alteración de la respuesta.
Resp. Alt. 1= Protección ineficaz, Resp. Alt. 2= Riesgo de intoxicación, lesión, asfixia, etc
Resp. Alt. 5= Automedicación; Resp. Alt. 6= Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar
Grados de gravedad de la respuesta alterada: 1= No alteración; 2= Alteración ligera; 3= Alteración moderada; 4= Alteración importante; 5= Alteración extrema

Si analizamos la modificación del *score* (ingreso-alta) se confirma la mejoría al alta hospitalaria, ya que todos ellos muestran una disminución significativa ($p<0.001$, **t** de Student para datos apareados): -2.51 ± 1.05 (riesgo de intoxicación,

lesión, etc); -2.74 ± 0.79 (protección ineficaz); -2.21 ± 1.21 (manejo ineficaz del régimen terapéutico); -2.23 ± 1.17 (incumplimiento del tratamiento); -1.52 ± 1.50 (automedicación) y –1.64 ± 1.43 (manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar).

b) Objetivos de salud (NOC)

La puntuación y grados de los objetivos de salud (NOC) respecto a cada una de las respuestas alteradas, al ingreso y alta, muestran una mejoría significativa al alta hospitalaria ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon), tal como se observa en la TABLA II.

	1	2	3	4	5
PROTECCIÓN INEFICAZ					
Objetivo: Orientación cognitiva					
Ingreso	0	0	10	37	50
Alta	29	62	6	0	0
RIESGO DE LESIÓN, INTOXICACIÓN, ETC					
Objetivo 1: Conducta de seguridad					
Ingreso	0	0	5	36	50
Alta	21	62	6	2	0
Objetivo 2: Conocimiento seguridad					
Ingreso	0	2	3	35	49
Alta	21	59	7	2	0
Objetivo 3: Control de riesgos					
Ingreso	2	8	6	31	40
Alta	23	61	2	1	0
MANEJO INEFICAZ REGIMEN TERAP.					
Objetivo: Conducta de cumplimiento					
Ingreso	0	6	4	34	40
Alta	15	59	8	2	0
INCUMPLIMIENTO TRATAMIENTO					
Objetivo: Conducta de cumplimiento					
Ingreso	0	0	3	34	48
Alta	23	48	11	3	0
AUTOMEDICACIÓN					
Objetivo: Conducta de obediencia					
Ingreso	0	2	1	27	26
Alta	16	36	4	0	0
MANEJO TERAPEUTICO FAMILIAR INADECUADO					
Objetivo: Participación familiar en asistencia sanitaria					
Ingreso					
Alta	0	3	2	28	31
	13	38	11	2	0

TABLA II. Objetivos a conseguir en cada una de las respuestas alteradas. Distribución de los pacientes según sus grados al ingreso y alta. No se han incluido los pacientes en que no se registran respuestas alteradas o cuando el objetivo no se ha considerado preferente.

El *score* promedio de cada uno de los objetivos desciende significativamente ($p<0.001$) tras las estancia hospitalaria (análisis mediante la **t** de Student para datos apareados); así, el objetivo "orientación cognitiva" 2,62 ± 0,83 la "conducta de seguridad" desciende 2,61 ± 0,78 puntos, el "conocimiento de seguridad" 2,52 ± 0,99, el "control de riesgos" 2,25 ± 1,20, la "conducta de cumplimiento" 2,25 ± 1,16, la "conducta de obediencia" 2,60 ± 0,79, la "conducta de obediencia" 2,58 ± 0,70 y "la participación de la familia en la asistencia sanitaria" 2,28 ± 0,93.

c) Intervenciones (NIC)

Las intervenciones (NIC) realizadas para alcanzar los objetivos de salud (NOC) en cada una de las respuestas alteradas se exponen en la TABLA III.

PROTECCIÓN INEFICAZ (Alterada 97 pacientes)

Orientación cognitiva	Aumento afrontamiento	83	14	3
	Ayuda autocuidados	83	14	3
	Prevención violencia	96	1	3
	Vigilancia	83	14	3

RIESGO DE INTOXICACIÓN, LESIÓN, ASFIXIA (Alterada 91 pacientes)

OBJETIVOS	**INTERVENCIONES**	**SI**	**NO**	**NO REQUIERE**
Conducta de seguridad	Potenciación de la seguridad	91	0	9
	Vigilancia	91	0	9
	Precaución	90	1	9
	Seguridad	25	65	9
Conocimiento de seguridad	Manejo de la medicación	89	0	11
	Enseñanza proceso de la enfermedad	79	11	11
Control de riesgos	Aislamiento	65	22	13
	Vigilancia	84	3	13

MANEJO INEFICAZ DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO (Alterada 83 pacientes)

Conducta de cumplimiento	Desarrollo del programa	72	12	16
	Educación sanitaria	83	1	16
	Asesoramiento	78	6	16
	Apoyo emocional	66	18	16

INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO (Alterada 85 pacientes)

Conducta de obediencia	Educación sanitaria	80	6	14
	Desarrollo de programas	82	4	14
	Asesoramiento	77	9	14
	Enseñanza medicación prescrita	77	9	14

AUTOMEDICACIÓN (Alterada 56 pacientes)

Conducta de obediencia	Educación sanitaria	54	2	44
	Desarrollo de programas	55	1	44
	Asesoramiento	51	5	44

MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO FAMILIAR *(Alterada 64 pacientes)*

Participación familiar	Apoyo a la familia	64	0	36
	Fomento implicación familiar	61	3	36
	Enseñanza proceso enfermedad	60	4	36

TABLA III. Intervenciones realizadas (NIC) para conseguir los objetivos de salud (NOC) en cada una de las respuestas alteradas.

Tal como se ha indicado, las intervenciones realizadas se inscribían en la hoja de datos protocolizada haciendo constar el tipo de recogida: verbalizada, transcrita u observada. En la TABLA IV se muestran el tipo de recogida en cada una de las intervenciones realizadas para alcanzar los objetivos de salud en cada respuesta alterada; como se observa, la transcripción en la hoja de observaciones de enfermería es la de menor frecuencia en todas las intervenciones, mientras que la observada alcanza la máxima frecuencia en todas éstas.

PROTECCIÓN INEFICAZ (Alterada 97 pacientes)

Orientación cognitiva	Aumento afrontamiento	42	17	82
	Ayuda autocuidados	55	43	84
	Prevención violencia	80	68	96
	Vigilancia	59	41	90

RIESGO DE INTOXICACIÓN, LESIÓN, ASFIXIA (Alterada 91 pacientes)

OBJETIVOS	**INTERVENCIONES**	**Verbal**	**Transcrita**	**Observada**
Conducta seguridad	Potenciación de la seguridad	87	63	91
	Vigilancia	67	42	91
	Precaución	83	60	90
	Seguridad	24	22	30
Conocimiento de seguridad	Manejo de la medicación	75	71	84
	Enseñanza proceso de la enfermedad	30	14	78
Control de riesgos	Aislamiento	58	51	64
	Vigilancia	67	53	81

MANEJO INEFICAZ DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO (Alterada 83 pacientes)

Conducta de cumplimiento	Desarrollo del programa	33	16	70
	Educación sanitaria	45	28	81
	Asesoramiento	38	23	76
	Apoyo emocional	16	6	60

INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO (Alterada 85 pacientes)

Conducta de obediencia	Educación sanitaria	41	25	76
	Desarrollo de programas	48	29	80
	Asesoramiento	28	17	72
	Enseñanza de la medicación	39	30	75

AUTOMEDICACIÓN (Alterada 56 pacientes)

Conducta de obediencia	Educación sanitaria	31	11	49
	Desarrollo de programas	35	23	52
	Asesoramiento	29	15	47

MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO FAMILIAR (Alterada 64 pacientes)

Participación familiar	Apoyo a la familia	47	25	59
	Fomento implicación familiar	39	20	58
	Enseñanza proceso de la enfermedad	29	17	59

TABLA IV. Tipo de recogida (verbal, transcrita u observada) de cada una de las intervenciones realizadas para conseguir los objetivos de salud propuestos.

Patrón Funcional 2 (Patrón nutricional-metabólico)

Al ingreso 27, 39 y 14 pacientes presentaban un patrón muy alterado, bastante alterado y moderadamente alterado, respectivamente, y no se encontraba alterado o poco alterado en 6 y 6 pacientes, respectivamente; en conjunto, el *score* era de 3,99 ± 1,23. Al alta hospitalaria, su *score* medio era de 1,86 ± 1,45, observándose que no presentaban alteración alguna 56 pacientes y los restantes se distribuían así: 31 pacientes poco alterado, 3 pacientes moderadamente alterado y 1 pacientes bastante alterado. La comparación de los datos al ingreso-alta demuestra una mejoría significativa en la distribución de los pacientes, según los distintos grados de afectación ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon), así como en la disminución del *score* (- 2.13 ± 1,22, $p<0.001$, **t** de Student para datos apareados).

a) 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 "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 la respuesta "alteración del patrón alimenticio" ha disminuido en el 55% de pacientes que presentaban diversos grados de alteración al ingreso, el 41% en la respuesta "desequilibrio nutricional por exceso", disminuye el grado 36% en la respuesta "desequilibrio nutricional por defecto" y en la respuesta "desequilibrio por exceso o defecto de líquidos" lo hacen en el 26%.

En la TABLA V se muestra el grado de alteración de cada una de las respuestas, al ingreso y alta hospitalaria; como se observa es evidente la mejoría de cada una de las respuestas alteradas al alta hospitalaria ($p<0.001$ en todas las respuestas alteradas, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

	1	2	3	4	5
Resp. Alt.1					
Ingreso	0	0	3	28	17
Alta	26	17	5	0	0
Resp. Alt.2					
Ingreso	0	0	5	24	11
Alta	22	15	2	1	0
Resp.Alt. 3					
Ingreso	0	0	4	21	11
Alta	16	17	1	2	0
Resp. Alt.4					
Ingreso	0	0	3	12	5
Alta	11	8	1	0	0

TABLA V. Distribución de los pacientes según la gravedad de las respuestas alteradas al ingreso y alta hospitalaria. En cada una de ellas se han excluido los pacientes en que no aparece alteración de la respuesta.
Resp. Alt. 1= Alteración del patrón alimenticio; Resp. Alt. 2= Desequilibrio nutricional por exceso; Resp. Alt. 3= Desequilibrio nutricional por defecto; Resp. Alt. 4= Desequilibrio por exceso o defecto de líquidos
Grados de gravedad de la respuesta alterada: 1= No alteración; 2= Alteración ligera; 3= Alteración moderada; 4= Alteración importante; 5= Alteración extrema

Si analizamos la modificación del *score* (ingreso-alta) se confirma la mejoría al alta hospitalaria, ya que todos ellos muestran una disminución significativa ($p<0.001$, **t** de Student para datos apareados): -1.79 ± 0.18 (alteración del patrón alimenticio); -1.39 ± 0.13 (desequilibrio nutricional por exceso); -1.33 ± 0. (desequilibrio nutricional por defecto); -1.34 ± 0.13 (desequilibrio por exceso o defecto de líquidos).

b) Objetivos de salud (NOC)

La puntuación y grados de los objetivos de salud (NOC) respecto a cada una de las respuestas alteradas, al ingreso y alta, muestran una mejoría significativa al alta hospitalaria ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon), tal como se observa en la TABLA VI.

	1	2	3	4	5
ALTERACIÓN DEL PATRÓN ALIMENTARIO					
Objetivo: Estado nutricional adecuado					
Ingreso	0	0	5	33	10
Alta	30	16	2	0	0
DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO					
Objetivo: Equilibrio alimentario					
Ingreso	0	0	9	22	9
Alta	20	17	2	1	0
DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO					
Objetivo: Equilibrio alimentario					
Ingreso					
Alta	0	0	5	30	1
	16	19	1	0	0
DESEQUILIBRIO POR DEFECTO O EXCESO DE LÍQUIDOS					
Objetivo: Adecuación de líquidos ingeridos					
Ingreso	0	2	3	10	5
Alta	9	8	3	0	0

TABLA VI. Objetivos a conseguir en cada una de las respuestas alteradas. Distribución de los pacientes según sus grados al ingreso y alta. No se han incluido los pacientes en que no se registran respuestas alteradas o cuando el objetivo no se ha considerado preferente.

El *score* promedio de cada uno de los objetivos desciende significativamente ($p<0.001$) tras las estancia hospitalaria (análisis mediante la **t** de Student para datos apareados); así el objetivo "estado nutricional adecuado" desciende 1.49 ± 0,14 puntos, el "equilibrio alimentario" (alteración por exceso)" 1.35 ± 0,13, el "equilibrio alimentario" (alteración por defecto) 1.19 ± 0.11 y la "adecuación de líquidos" 1.36 ± 0.13.

c) Intervenciones (NIC)

Las intervenciones (NIC) realizadas para alcanzar los objetivos de salud (NOC) en cada una de las respuestas alteradas se exponen en la TABLA VII.

ALTERACIÓN DEL PATRÓN ALIMENTICIO (Alterada en 48 pacientes)

OBJETIVOS	**INTERVENCIONES**	**SI**	**NO**	**NO REQUIERE**
Estado nutricional adecuado	Monitorización de líquidos	33	15	52
	Identificar aporte calórico	42	6	52
	Dietas	44	4	54

DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO (Alterada 40 pacientes)

Equilibrio alimenticio	Identificar aporte calórico prescrito	38	2	60
	Educación alimentaria: manejo de la nutrición	38	2	60

DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO (Alterada 36 pacientes)

Equilibrio alimenticio	Identificar aporte calórico prescrito	33	3	64
	Educación alimentaria: manejo de la nutrición	32	4	64

DESEQUILIBRIO POR EXCESO/ DÉFICIT DE LÍQUIDOS (Alterada 20 pacientes)

Adecuación de líquidos ingeridos	Monitorización líquidos/ electrolitos	19	1	78
	Manejo de líquidos	20	0	78

TABLA VII. Intervenciones realizadas (NIC) para conseguir los objetivos de salud (NOC) en cada una de las respuestas alteradas.

El tipo de recogida de los datos (transcrita, verbalizada u observada) se expone en la TABLA VIII.

ALTERACIÓN DEL PATRÓN ALIMENTICIO (Alterada en 48 pacientes)

OBJETIVOS	**INTERVENCIONES**	**Verbal**	**Transcrita**	**Observada**
Estado nutricional adecuado	Monitorización de líquidos	25	15	32
	Identificar aporte calórico	36	28	40
	Dietas	40	37	44

DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO (Alterada 40 pacientes)

Equilibrio alimenticio	Identificar aporte calórico prescrito	29	20	38
	Educación alimentaria: manejo de la nutrición	13	8	38

DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO (Alterada 36 pacientes)

Equilibrio alimenticio	Identificar aporte calórico prescrito	29	24	33
	Educación alimentaria: manejo de la nutrición	15	12	32

DESEQUILIBRIO POR EXCESO/ DÉFICIT DE LÍQUIDOS (Alterada 20 Pacientes)

Adecuación de líquidos ingeridos	Monitorización de líquidos/ electrolitos	17	9	20
	Manejo de líquidos	14	8	22

TABLA VIII. Tipo de recogida (verbal, transcrita u observada) de cada una de las intervenciones realizadas para conseguir los objetivos de salud propuestos.

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; en conjunto, el *score* era de 3.48 ± 1.26. Al alta hospitalaria, su *score* medio era de 1.62 ± 0.70 observándose que no presentaban alteración alguna 58 pacientes y los restantes se distribuían así: 31 pacientes poco alterado y 11 pacientes moderadamente alterado. La comparación de los datos al ingreso-alta demuestra una mejoría significativa en su afectación ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon), así como en la disminución del *score* (- 1,86 ± 0,11, $p<0.001$, **t** de Student para datos apareados).

a) Respuestas identificadas.

Se observaban respuestas alteradas en todos los pacientes; 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 la respuesta "incontinencia o retención urinaria" ha disminuido en 32% pacientes, presentándose la independencia total en el 23 pacientes; en la respuesta "diarrea" disminuye el grado de afectación en 5 pacientes, presentándose la independencia total en 3; en la respuesta "estreñimiento" disminuye el grado de alteración todos los pacientes, presentándose la independencia total en 14 y en la respuesta "percepción subjetiva de la eliminación" lo hacen el total de los pacientes presentándose la independencia absoluta en 2 y ligera en 4, no observándose ningún caso de mayor alteración al alta.

En la TABLA IX se muestra el grado de alteración de cada una de las respuestas, al ingreso y alta hospitalaria; se observa la mejoría de cada una de las respuestas alteradas al alta hospitalaria ($p<0.001$ en todas las respuestas alteradas, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

	1	2	3	4	5
Resp. Alt. 1					
Ingreso	0	0	3	27	3
Alta	22	8	1	1	1
Resp. Alt. 2					
Ingreso	0	0	0	5	1
Alta	3	3	0	0	0
Resp.Alt. 3					
Ingreso	0	0	3	25	26
Alta	14	32	7	1	0
Resp. Alt. 4					
Ingreso	0	0	2	4	0
Alta	2	4	0	0	0

TABLA IX. Distribución de los pacientes según la gravedad de las respuestas alteradas al ingreso y alta hospitalaria. En cada una de ellas se han excluido los pacientes en que no aparece alteración de la respuesta.

Resp. Alt. 1= Incontinencia o retención urinaria; Resp. Alt. 2= Diarrea; Resp. Alt. 3= Estreñimiento; Resp. Alt. 4= Percepción subjetiva de la eliminación.

Grados de gravedad de la respuesta alterada: Idem a anteriores

Si analizamos la modificación del *score* (ingreso-alta) se confirma la mejoría al alta hospitalaria, ya que todos ellos muestran una disminución significativa ($p<0.001$, **t** de Student para datos apareados): -2.54 ± 0.86 (incontinencia o retención urinaria); -2.66 ± 0.13 (diarrea); -2.51 ± 0.81 (estreñimiento); -2.66 ± 0.81 (percepción subjetiva de la eliminación).

b) Objetivos de salud (NOC)

La puntuación y grados de los objetivos de salud (NOC) respecto a cada una de las respuestas alteradas, al ingreso y alta, muestran una mejoría significativa al alta hospitalaria ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon), tal como se observa en la TABLA X.

	1	2	3	4	5
INCONTINENCIA O RETENCIÓN URINARIA					
Objetivo: Control de la micción					
Ingreso	0	0	5	26	2
Alta	22	8	3	0	0
DIARREA					
Objetivo: Continencia intestinal					
Ingreso	0	0	1	3	2
Alta	3	2	1	0	0
ESTREÑIMIENTO					
Objetivo: Control de la eliminación intestinal					
Ingreso	0	0	5	29	20
Alta	15	31	7	1	0
PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE LA ELIMINACIÓN					
Objetivo: Creencias sobre la salud					
Ingreso					
Alta	0	0	2	4	0
	1	3	1	1	0

TABLA X. Objetivos a conseguir en cada una de las respuestas alteradas. Distribución de los pacientes según sus grados al ingreso y alta. No se han incluido los pacientes en que no se registran respuestas alteradas o cuando el objetivo no se ha considerado preferente.

El *score* promedio de cada uno de los objetivos desciende significativamente ($p<0.001$) tras las estancia hospitalaria (análisis mediante la **t** de Student para datos

apareados); así el objetivo "control de la micción" desciende 2.39 ± 0,93 puntos, el "continencia intestinal" 2.16 ± 0,75, el "control de la eliminación intestinal 2.38 ± 0.81 y la "creencias sobre la salud" 2.33±1.03.

c) Intervenciones (NIC)

Las intervenciones (NIC) realizadas para alcanzar los objetivos de salud (NOC) en cada una de las respuestas alteradas se exponen en la TABLA XI.

INCONTINENCIA O RETENCIÓN URINARIA (Alterada en 33 pacientes)

OBJETIVOS	**INTERVENCIONES**	**SI**	**NO**	**NO REQUIERE**
Control de la micción	Monitorización de líquidos	27	6	67
	Ayuda en los cuidados	30	3	67

DIARREA (Alterada 6 pacientes)

Continencia intestinal	Etapas de la dieta	6	0	94
	Monitorización de líquidos	5	1	94
	Control de la ingesta de líquidos	5	1	94

ESTREÑIMIENTO (Alterada 54 pacientes)

Control de la eliminación intestinal	Etapas de la dieta	54	0	46
	Manejo de la nutrición	53	1	46
	Monitorización de líquidos	23	31	47

PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE LA ELIMINACIÓN (Alterada 6 Pacientes)

Creencias sobre la salud	Asesoramiento	6	0	94
	Enseñanza individual	6	0	94
	Fomento del ejercicio	4	2	94

TABLA XI. Intervenciones realizadas (NIC) para conseguir los objetivos de salud (NOC) en cada una de las respuestas alteradas.

Tal como se ha indicado, las intervenciones realizadas se inscribían en la hoja de datos protocolizada haciendo constar el tipo de recogida: verbalizada, transcrita u observada. En la TABLA XII se muestran el tipo de recogida en cada una de las intervenciones realizadas para alcanzar los objetivos de salud en cada respuesta alterada.

INCONTINENCIA O RETENCIÓN URINARIA (Alterada en 33 pacientes)

OBJETIVOS	**INTERVENCIONES**	**verbal**	**Transcrita**	**Observada**
Control de la micción	Monitorización de líquidos	17	17	27
	Ayuda en los cuidados	22	22	30

DIARREA (Alterada 6 pacientes)

Continencia intestinal	Etapas de la dieta	6	6	6
	Monitorización de líquidos	5	4	5
	Control de la ingesta de líquidos	5	4	5

ESTREÑIMIENTO (Alterada 54 pacientes)

Control de la eliminación intestinal	Etapas de la dieta	50	44	54
	Manejo de la nutrición	41	34	53
	Monitorización de líquidos	13	11	21

PERCEPCIÓN SUBJETIVA DE LA ELIMINACIÓN (Alterada 6 Pacientes)

Creencias sobre la salud	Asesoramiento	6	0	8
	Enseñanza individual	6	4	6
	Fomento del ejercicio	4	4	4

TABLA XII. Tipo de recogida (verbal, transcrita u observada) de cada una de las intervenciones realizadas para conseguir los objetivos de salud propuestos.

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; en conjunto, el *score* era de 4.56 ± 0.67. Al alta hospitalaria, su *score* medio era de 1.75 ± 0.77 observándose que no presentaban alteración alguna 42 pacientes y los restantes se distribuían así: 43 pacientes poco alterado, 14 pacientes moderadamente alterado y 1 paciente bastante alterado. La comparación de los datos al ingreso-alta demuestra una mejoría significativa ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon) que también se comprueba en la disminución del *score* (- 2,81 ± 0,84, $p<0.001$, **t** de Student para datos apareados).

a) 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 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" 51% y en la respuesta "vagabundeo" que se dieron 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; "déficit de actividades recreativas" disminuye en todos los casos, desapareciendo en 19 pacientes; en la respuesta "trastorno o riesgo de la movilidad física" el porcentaje de pacientes disminuye en el 98%; 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 En la TABLA XIII se observa que la mejoría al alta es significativa estadísticamente ($p<0.001$ en todas las respuestas alteradas, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

	1	2	3	4	5
Resp. Alt. 1					
Ingreso	0	0	5	29	35
Alta	33	33	1	1	1
Resp. Alt. 2					
Ingreso	0	1	5	31	16
Alta	28	22	2	1	0
Resp.Alt. 3					
Ingreso	0	0	3	19	31
Alta	19	29	3	1	1
Resp. Alt. 4					
Ingreso	0	2	4	19	26
Alta	24	20	5	0	2
Resp.Alt. 5					
Ingreso	0	0	4	35	42
Alta	20	41	20	0	0
Resp. Alt. 6					
Ingreso	0	0	3	24	61
Alta	17	56	13	1	1

TABLA XIII. Distribución de los pacientes según la gravedad de las respuestas alteradas al ingreso y alta hospitalaria. En cada una de ellas se han excluido los pacientes en que no aparece alteración de la respuesta.
Resp. Alt. 1= Trastorno o riesgo de la movilidad física; Resp. Alt. 2= Vagabundeo
Resp. Alt. 3= Déficit de autocuidados: Wc, aseo, limpieza, etc.; Resp. Alt. 4= Déficit de autocuidados: Alimentación; Resp. Alt. 5= Déficit de actividades recreativas; Resp. Alt. 6= Deterioro en el manejo del hogar
Grados de gravedad de la respuesta alterada: 1= No alteración; 2= Alteración ligera; 3= Alteración moderada; 4= Alteración importante; 5= Alteración extrema

Si analizamos la modificación del *score* (ingreso-alta) se confirma la mejoría al alta hospitalaria ($p<0.001$, **t** de Student para datos apareados): - 2.70 ± 0.89 (trastorno o riesgo de la movilidad física); -2.60 ± 0.86 (vagabundeo); -2.74 ± 0.84 (déficit de autocuidados: Wc, aseo, limpieza, etc); -2.54 ± 1.04 (déficit de autocuidados: alimentación); -2.47 ± 0.74 (déficit de actividades recreativas); -2.64 ± 0.78 (deterioro en el manejo del hogar)

b) Objetivos de salud (NOC)

La puntuación y grados de los objetivos de salud (NOC) muestran una mejoría significativa al alta hospitalaria ($p<0.0010$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon), tal como se observa en la TABLA XIV.

	1	2	3	4	5
TRASTORNO/RIESGO MOVILIDAD FÍSICA					
Objetivo: Nivel de movilidad					
Ingreso	0	0	4	41	24
Alta	28	34	3	3	1
VAGABUNDEO					
Objetivo: Movimientos con objeto					
Ingreso	0	1	6	35	11
Alta	27	23	0	2	1
DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS: ASEO					
Objetivo: Autogestión de los cuidados					
Ingreso	0	0	3	26	24
Alta	23	24	4	1	1
DÉFICIT AUTOCUIDADOS: ALIMENTACIÓN					
Objetivo: Cuidados personales: comida					
Ingreso	0	2	4	27	18
Alta	20	26	5	2	0
DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS					
Objetivo*:* Participación en juegos y actividades de ocio					
Ingreso	0	2	4	41	34
Alta	23	39	17	2	0
DETERIORO EN EL MANEJO DEL HOGAR					
Objetivo*:* Actividad instrumental de la vida diaria					
Ingreso	0	2	3	30	53
Alta	16	57	13	1	0

TABLA XIV. Objetivos a conseguir en cada una de las respuestas alteradas. Distribución de los pacientes según sus grados al ingreso y alta. No se han incluido los pacientes en que no se registran respuestas alteradas o cuando el objetivo no se ha considerado preferente.

El *score* promedio de cada uno de los objetivos desciende significativamente ($p<0.001$) tras las estancia hospitalaria (análisis mediante la **t** de Student para datos apareados); así, el objetivo "nivel de movilidad" desciende 2.51 ± 0,98, el "movimientos con objeto" 2.45 ± 0,91, "autogestión de los cuidados" 2.66 ± 0.84,

"cuidados personales: comida" 2.37 ± 0.98, "participación en juegos y actividades de ocio" 2.36 ± 0.88 y "actividad instrumental de la vida diaria" 2.45 ± 1.

c) Intervenciones (NIC)

Las intervenciones (NIC) realizadas para alcanzar los objetivos de salud (NOC) en cada una de las respuestas alteradas se exponen en la TABLA XV.

TRASTORNO O RIESGO DE LA MOVILIDAD FÍSICA (Alterada en 69 pacientes)

OBJETIVOS	**INTERVENCIONES**	**SI**	**NO**	**NO REQUIERE**
Nivel de movilidad	Ayuda en el autocuidado	63	6	31
	Enseñanza actividad, ejercicio	58	11	31
	Fomento del ejercicio	43	26	31
	Manejo ambiental	69	0	31

VAGABUNDEO (Alterada 53 pacientes)

Movimientos con objeto	Manejo ambiental	52	1	47
	Manejo de la energía	47	6	47
	Enseñanza dirigida	44	9	47

DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS: ASEO (Alterada 53 pacientes)

Autogestión de los cuidados: aseo	Ayuda en los autocuidados: aseo	52	1	47
	Enseñanza individual	43	10	47
	Manejo ambiental	53	0	47
	Acuerdo con el paciente	39	14	47

DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS: ALIMENTACIÓN (Alterada 51 Pacientes)

Autogestión de los cuidados: alimentación	Etapas de la dieta	53	0	47
	Ayuda en la alimentación	50	3	47
	Manejo de la nutrición	51	2	47

DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS (Alterada 81 pacientes)

Participación en juegos y actividades de ocio	Terapia de actividad	68	13	19
	Facilitar las visitas	79	2	19
	Terapia ambiental	77	4	19
	Grupo de apoyo	42	39	19

DETERIORO EN EL MANEJO DEL HOGAR (Alterada 88 Pacientes)

Actividad instrumental de la vida diaria	Apoyo a la familia	85	3	12
	Asistencia mantenimiento del hogar	52	36	12
	Aumentar sistemas de apoyo	83	5	12

TABLA XV. Intervenciones realizadas (NIC) para conseguir los objetivos de salud (NOC) en cada una de las respuestas alteradas.

El tipo de recogida de las intervenciones se muestra en la TABLA XVI.

.

TRASTORNO O RIESGO DE LA MOVILIDAD FÍSICA (Alterada en 69 pacientes)

OBJETIVOS	**INTERVENCIONES**	**Verbal**	**Transcrita**	**Observada**
Nivel de movilidad	Ayuda en el autocuidado	54	41	64
	Enseñanza actividad, ejercicio	18	12	56
	Fomento del ejercicio	13	13	43
	Manejo ambiental	57	43	68

VAGABUNDEO (Alterada 53 pacientes)

Movimientos con objeto	Manejo ambiental	52	39	52
	Manejo de la energía	12	5	44
	Enseñanza dirigida			

DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS: ASEO (Alterada 53 pacientes)

Autogestión de los cuidados: aseo	Ayuda Autocuidados: aseo	51	41	52
	Enseñanza individual	17	12	45
	Manejo ambiental	44	39	51
	Acuerdo con el paciente	14	7	38

DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS: ALIMENTACIÓN (Alterada 51 Pacientes)

Autogestión de los cuidados: alimentación	Etapas de la dieta	44	35	51
	Ayuda en la alimentación	34	17	48
	Manejo de la nutrición	28	20	49

DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS (Alterada 81 pacientes)

Participación en juegos y actividades de ocio	Terapia de actividad	28	15	69
	Facilitar las visitas	63	35	79
	Terapia ambiental	62	42	77
	Grupo de apoyo	12	5	38

DETERIORO EN EL MANEJO DEL HOGAR (Alterada 88 Pacientes)

Actividad instrumental de la vida diaria	Apoyo a la familia	54	27	82
	Asistencia mantenimiento hogar	25	18	49
	Aumentar sistemas de apoyo	36	18	79

TABLA XVI. Tipo de recogida (verbal, transcrita u observada) de cada una de las intervenciones realizadas para conseguir los objetivos de salud propuestos.

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; en conjunto, el *score* era de 4,14± 0,86. Al alta hospitalaria, su *score* medio era de 1,51 ± 0,58 observándose que no presentaban alteración alguna 48 pacientes y los restantes se distribuían así: 38 pacientes poco alterado, 4 pacientes moderadamente alterado y 0 pacientes bastante alterado. La comparación de los datos al ingreso-alta demuestra una mejoría significativa en la distribución de los pacientes, según los distintos grados de afectación ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon), así como en la disminución del *score* (- 2,63 ± 0,85, $p<0.001$, **t** de Student para datos apareados).

a) 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%;

En la TABLA XVII se muestra el grado de alteración de cada una de las respuestas, al ingreso y alta hospitalaria; como se observa es evidente la mejoría de cada una de las respuestas alteradas al alta hospitalaria ($p<0.001$ en todas las respuestas alteradas, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

	1	2	3	4	5
Resp. Alt. 1					
Ingreso	0	2	8	35	37
Alta	26	50	6	0	0
Resp. Alt. 2					
Ingreso	0	3	3	30	20
Alta	20	32	4	0	0

TABLA XVII. Distribución de los pacientes según la gravedad de las respuestas alteradas al ingreso y alta hospitalaria. En cada una de ellas se han excluido los pacientes en que no aparece alteración de la respuesta.
Resp. Alt. 1= Deterioro del patrón del sueño; Resp. Alt. 2= Deprivación del sueño

Grados de gravedad de la respuesta alterada: 1= No alteración; 2= Alteración ligera; 3= Alteración moderada; 4= Alteración importante; 5= Alteración extrema

Si analizamos la modificación del *score* (ingreso-alta) se confirma la mejoría al alta hospitalaria, ya que todos ellos muestran una disminución significativa ($p<0.001$, **t** de Student para datos apareados): - 2.66 ± 0.72 (deterioro del patrón del sueño); -2.42 ± 0.98 (deprivación del sueño);

b) Objetivos de salud (NOC)

La puntuación y grados de los objetivos de salud (NOC) respecto a cada una de las respuestas alteradas, al ingreso y alta, muestran una mejoría significativa al alta hospitalaria ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon), tal como se observa en la TABLA XVIII.

		1	2	3	4	5
DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO						
Objetivo: ***Descanso bienestar***						
	Ingreso	0	2	9	35	37
	Alta	26	50	6	1	0
DEPRIVACIÓN DEL SUEÑO						
Objetivo: Descanso bienestar						
	Ingreso	0	3	3	33	17
	Alta	18	33	3	2	0

TABLA XVIII. Objetivos a conseguir en cada una de las respuestas alteradas. Distribución de los pacientes según sus grados al ingreso y alta. No se han incluido los pacientes en que no se registran respuestas alteradas o cuando el objetivo no se ha considerado preferente.

El *score* promedio de cada uno de los objetivos desciende significativamente ($p<0.001$) tras las estancia hospitalaria (análisis mediante la **t** de Student para datos apareados); así el objetivo "descanso bienestar *(en el deterioro del patrón de sueño)* desciende 2,48 ± 0,98 y el "descanso bienestar *(en la respuesta deprivación del sueño)"* 2,25 ± 1,29

c) Intervenciones (NIC)

Las intervenciones (NIC) realizadas para alcanzar los objetivos de salud (NOC) en cada una de las respuestas alteradas se exponen en la TABLA XIX.

DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO (Alterada en 83 pacientes)

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	SI	NO	NO REQUIERE
Descanso bienestar	Fomentar el sueño	80	3	17
	Facilitar la relajación	77	6	17
	Manejo de la medicación	83	0	17
	Disminución de la ansiedad	79	4	17

DEPRIVACIÓN DEL SUEÑO (Alterada 56 pacientes)

Descanso bienestar	Fomentar el sueño	54	2	44
	Facilitar la relajación	56	0	44
	Manejo de la medicación	56	0	44
	Disminución de la ansiedad	56	0	44

TABLA XIX. Intervenciones realizadas (NIC) para conseguir los objetivos de salud (NOC) en cada una de las respuestas alteradas.

Tal como se ha indicado, las intervenciones realizadas se inscribían en la hoja de datos protocolizada haciendo constar el tipo de recogida: verbalizada, transcrita u observada (TABLA XX).

DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO (Alterada en 83 pacientes)

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	Verbal	Transcrita	Observada
Descanso bienestar	Fomentar el sueño	70	51	80
	Facilitar la relajación	31	10	77
	Manejo de la medicación	76	76	83
	Disminución de la ansiedad	28	16	77

DEPRIVACIÓN DEL SUEÑO (Alterada 56 pacientes)

Descanso bienestar	Fomentar el sueño	49	35	54
	Facilitar la relajación	15	8	56
	Manejo medicación	49	52	56
	Disminución ansiedad	38	20	56

TABLA XX. Tipo de recogida (verbal, transcrita u observada) de cada una de las intervenciones realizadas para conseguir los objetivos de salud propuestos.

Patrón Funcional 6 (Patrón Cognitivo-Conductual)

Al ingreso 83, 16 y 1 pacientes presentaban un patrón muy alterado, bastante alterado y moderadamente alterado, respectivamente; en conjunto, el *score* era de 4,82 ± 0.41. Al alta hospitalaria, su *score* medio era de 1.70 ± 0.68, 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. La comparación de los datos al ingreso-alta demuestra una mejoría significativa en la distribución de los pacientes ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon), así como en la disminución del *score* (- 3,12 ± 0.65, $p<0.001$, **t** de Student para datos apareados).

a) 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 la respuesta "trastorno de los procesos del pensamiento" ha disminuido en 89 pacientes (91%); en la respuesta "conflicto en la toma de decisiones" disminuye el grado de afectación en 90/91 pacientes (97,9%); en la respuesta "deterioro en la interpretación del entorno" disminuye el grado de alteración en 56 pacientes (97,4 %); en la respuesta "déficit de conocimiento" lo hacen 35 pacientes (97,3%) y en "deterioro de la memoria" 16 pacientes (83%); no observándose ningún caso de mayor alteración al alta. En todas las respuestas, todos los pacientes habían mejorado el grado de alteración de las respuestas.

En la TABLA XXI se muestra el grado de alteración de cada una de las respuestas, al ingreso y alta hospitalaria; como se observa es evidente la mejoría de cada una de las respuestas alteradas al alta hospitalaria ($p<0.001$ en todas las respuestas alteradas, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

	1	2	3	4	5
Resp. Alt. 1					
Ingreso	0	0	2	25	71
Alta	27	67	3	1	0
Resp. Alt. 2					
Ingreso	0	0	6	33	58
Alta	33	57	5	1	1
Resp.Alt. 3					
Ingreso	0	0	4	26	47
Alta	26	44	4	1	2
Resp. Alt. 4					
Ingreso	0	0	0	14	20
Alta	13	17	2	1	1
Resp. Alt. 5					
Ingreso	0	1	0	9	7
Alta	4	8	3	1	1

TABLA XXI. Distribución de los pacientes según la gravedad de las respuestas alteradas al ingreso y alta hospitalaria. En cada una de ellas se han excluido los pacientes en que no aparece alteración de la respuesta.
Resp. Alt. 1= Trastorno de los procesos del pensamiento; Resp. Alt. 2= Conflicto en la toma de decisiones; Resp. Alt. 3= Deterioro en la interpretación del entorno; Resp. Alt. 4= Déficit de conocimiento; Resp. Alt. 5= Deterioro de la memoria
Grados de gravedad de la respuesta alterada: 1= No alteración; 2= Alteración ligera; 3= Alteración moderada; 4= Alteración importante; 5= Alteración extrema

Si analizamos la modificación del *score* (ingreso-alta) se confirma la mejoría al alta hospitalaria, ya que todos ellos muestran una disminución significativa ($p<0.001$, **t** de Student para datos apareados): - 2,95 ± 0,72 (trastorno de los procesos del pensamiento); - 2,77 ± 0,82 (conflicto en la toma de decisiones); -2,74 ± 0,79 (deterioro en la interpretación del entorno); -2,76 ± 0,92 (déficit de conocimiento); -2,25 ± 1 (deterioro de la memoria).

b) Objetivos de salud (NOC)

La puntuación y grados de los objetivos de salud (NOC) respecto a cada una de las respuestas alteradas, al ingreso y alta, muestran una mejoría significativa al alta hospitalaria ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon), tal como se observa en la TABLA XXII.

	1	2	3	4	5
TRASTORNOS DE LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO					
Objetivo1: Control del pensamiento distorsionado					
Ingreso	0	0	3	38	57
Alta	38	55	3	1	1
Objetivo 2: Orientación cognitiva					
Ingreso	0	0	3	52	23
Alta	24	51	3	1	1
CONFLICTO EN LA TOMA DE DECISIONES					
Objetivo: Elaboración de la información					
Ingreso	0	0	4	41	52
Alta	37	53	5	1	1
DETERIORO DE LA INTERPRETACIÓN DEL ENTORNO					
Objetivo: Elaboración de la información					
Ingreso	0	1	4	32	40
Alta	23	47	4	1	2
DÉFICIT DE CONOCIMIENTO					
Objetivo: Control del pensamiento distorsionado					
Ingreso	0	0	0	18	16
Alta	16	15	2	1	0
DETERIORO DE LA MEMORIA					
Objetivo: Mantener la memoria					
Ingreso	0	1	1	12	3
Alta	3	9	4	1	0

TABLA XXII. Objetivos a conseguir en cada una de las respuestas alteradas. Distribución de los pacientes según sus grados al ingreso y alta. No se han incluido los pacientes en que no se registran respuestas alteradas o cuando el objetivo no se ha considerado preferente.

El *score* promedio de cada uno de los objetivos desciende significativamente ($p<0.001$) tras las estancia hospitalaria (análisis mediante la **t** de Student para datos

apareados); así los dos objetivos para la respuesta alterada "trastornos de los procesos del pensamiento" disminuyen -2,87± 0,83 ("control del pensamiento distorsionado") y -2,44± 0,78 ("orientación cognitiva") e igualmente ocurre con los restantes objetivos: "elaboración de la información" (-2,77 ± 0,82), "elaboración de la información" (-2,57 ± 1), "control del pensamiento distorsionado" (-2,76 ± 0,85) y "mantener la memoria" (-2 ± 0,89).

c) Intervenciones (NIC)

Las intervenciones (NIC) realizadas para alcanzar los objetivos de salud (NOC) en cada una de las respuestas alteradas se exponen en la TABLA XXIII.

TRASTORNO DE LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO (Alterada 98 pacientes)

OBJETIVOS	**INTERVENCIONES**	**SI**	**NO**	**NO REQUIERE**
Control del pensamiento distorsionado	Manejo ambiental: seguridad	98	0	2
	Manejo de ideas ilusorias	98	0	2
	Manejo de la conducta	98	0	2
	Vigilancia	98	0	2
Orientación cognitiva	Orientación en la realidad	76	2	22
	Manejo de la medicación	77	1	22
	Manejo ambiental: seguridad	77	1	22

CONFLICTO DE DECISIONES (Alterada 97 pacientes)

Elaborar la información	Asesoramiento	97	0	3
	Aumentar afrontamiento	96	1	3
	Aumentar sistemas de apoyo	85	12	3
	Apoyo en la toma de decisiones	86	11	3

DETERIORO EN LA INTERPRETACIÓN DEL ENTORNO (Alterada 77 pacientes)

Elaborar la información	Orientación en la realidad	77	0	23
	Manejo del delirio	77	0	23
	Apoyo emocionall	70	7	23
	Vigilancia	65	12	23

DÉFICIT DE CONOCIMIENTO (Alterada 34 pacientes)

Control del pensamiento distorsionado	Enseñana proceso de la enfermedad	34	2	64
	Manejo de ideas ilusorias	34	2	64
	Manejo de la conducta	34	2	64
	Manejo de la medicación	31	3	64

DETERIORO DE LA MEMORIA (Alterada 17 pacientes)

Mantener la memoria	Entrenamiento de la memoria	15	2	84
	Manejo ambiental: seguridad	16	1	84
	Manejo de la conducta	15	2	84
	Vigilancia	17	0	84

TABLA XXIII. Intervenciones realizadas (NIC) para conseguir los objetivos de salud (NOC) en cada una de las respuestas alteradas.

En la TABLA XXIV se muestran el tipo de recogida en cada una de las intervenciones realizadas para alcanzar los objetivos de salud en cada respuesta alterada.

TRASTORNO DE LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO (Alterada 98 pacientes)

OBJETIVOS	**INTERVENCIONES**	**Verbal**	**Transcrita**	**Observada**
Control del pensamiento distorsionado	Manejo ambiental: seguridad	95	69	98
	Manejo de ideas ilusorias	59	31	98
	Manejo de la conducta	66	35	98
	Vigilancia	56	47	90
Orientación cognitiva	Orientación en la realidad	39	9	76
	Manejo de la medicación	71	63	77
	Manejo ambiental: seguridad	65	54	76

CONFLICTO DE DECISIONES (Alterada 97 pacientes)

Elaborar la información	Asesoramiento	34	29	34
	Aumentar afrontamiento	14	7	34
	Aumentar sistemas de apoyo	13	9	54
	Apoyo en la toma de decisiones	24	19	61

DETERIORO EN LA INTERPRETACIÓN DEL ENTORNO (Alterada 77 pacientes)

Elaborar la información	Orientación en la realidad	3	16	55
	Manejo del delirio	13	11	66
	Apoyo emocional	2	16	54
	Vigilancia: seguridad	25	15	63

DÉFICIT DE CONOCIMIENTO (Alterada 34 pacientes)

Control del pensamiento distorsionado	Enseñana proceso enfermedad	31	32	34
	Manejo de ideas ilusorias	27	16	33
	Manejo de la conducta	25	5	34
	Manejo de la medicación	31	3	34

DETERIORO DE LA MEMORIA (Alterada 17 pacientes)

Mantener la memoria	Entrenamiento de la memoria	16	3	15
	Manejo ambiental: seguridad	17	23	15
	Manejo de la conducta	15	12	17
	Vigilancia	13	13	13

TABLA XXIV. Tipo de recogida (verbal, transcrita u observada) de cada una de las intervenciones realizadas para conseguir los objetivos de salud propuestos.

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, 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), así como en la disminución del *score* (- 2,72 ± 1, $p<0.001$, **t** de Student para datos apareados).

a) 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" ha disminuido en 80 pacientes (98%); en la respuesta "violencia dirigida hacia sí o hacia otros" disminuye el grado de afectación en 41 pacientes (95,9%); en la respuesta "baja autoestima" disminuye el grado de alteración en todos los pacientes (100%), en la respuesta "trastorno de la imagen corporal" disminuye en 30 pacientes (92%) y en la respuesta "desesperanza" lo hacen 22 pacientes (93%). En todas las respuestas, todos los pacientes habían mejorado el grado de alteración de las respuestas.

En la TABLA XXV se muestra el grado de alteración de cada una de las respuestas, al ingreso y alta hospitalaria; como se observa es evidente la mejoría de cada una de las respuestas alteradas al alta hospitalaria ($p<0.001$ en todas las respuestas alteradas, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

	1	2	3	4	5
Resp. Alt. 1					
Ingreso	0	0	3	28	55
Alta	20	55	10	1	0
Resp. Alt. 2					
Ingreso	0	0	2	25	17
Alta	22	21	3	0	0
Resp.Alt. 3					
Ingreso	0	1	2	11	22
Alta	8	24	4	0	0
Resp. Alt. 4					
Ingreso	0	0	1	14	19
Alta	13	17	2	1	1
Resp. Alt. 5					
Ingreso	0	0	1	6	22
Alta	8	14	7	0	0

TABLA XXV. Distribución de los pacientes según la gravedad de las respuestas alteradas al ingreso y alta hospitalaria. En cada una de ellas se han excluido los pacientes en que no aparece alteración de la respuesta.
Resp. Alt. 1= Ansiedad; Resp. Alt. 2= Riesgo de violencia dirigida hacia sí o hacia otros
Resp. Alt. 3= Baja autoestima; Resp. Alt. 4= Trastorno de la imagen corporal; Resp. Alt. 5= Desesperanza
Grados de gravedad de la respuesta alterada: 1= No alteración; 2= Alteración ligera; 3= Alteración moderada; 4= Alteración importante; 5= Alteración extrema

Si analizamos la modificación del *score* (ingreso-alta) se confirma la mejoría al alta hospitalaria, ya que todos ellos muestran una disminución significativa ($p<0.001$, **t** de Student para datos apareados): -2,79 ± 0,72 (ansiedad); -3,08 ± 0,58 (riesgo de violencia dirigida hacia sí o hacia otros); -2,62 ± 1,03 (baja autoestima); -2,70 ± 0,57 (trastorno de la imagen corporal) y -2,81 ± 0,58 (desesperanza).

b) Objetivos de salud (NOC)

La puntuación y grados de los objetivos de salud (NOC) respecto a cada una de las respuestas alteradas muestran una mejoría significativa al alta hospitalaria ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon), tal como se observa en la TABLA XXVI.

	1	2	3	4	5
ANSIEDAD					
Objetivo 1: Control de la ansiedad: Impulsos, agresividad, etc					
Ingreso	0	0	3	34	49
Alta	27	51	6	1	1
Objetivo 2: Habilidades de interacción social					
Ingreso	0	6	3	26	37
Alta	19	49	3	0	1
RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA HACIA SÍ O HACIA OTROS					
Objetivo: Autocontención de la violencia					
Ingreso	0	0	2	28	14
Alta	20	23	1	0	0
BAJA AUTOESTIMA					
Objetivo 1: Elevar la autoestima					
Ingreso	0	1	3	7	14
Alta	8	12	3	1	1
Objetivo 2: Equilibrio emocional					
Ingreso	0	1	2	10	10
Alta	7	14	2	0	0
TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL					
Objetivo: Adaptación psicosocial: Identidad					
Ingreso	0	0	1	17	10
Alta	7	19	2	0	0
DESESPERANZA					
Objetivo: Control de la depresión					
Ingreso	0	0	3	11	16
Alta	6	21	2	1	0
Objetivo: Esperanza					
Ingreso	0	2	1	10	12
Alta	10	12	3	0	0

TABLA XXVI. Objetivos a conseguir en cada una de las respuestas alteradas. Distribución de los pacientes según sus grados al ingreso y alta. No se han incluido los pacientes en que no se registran respuestas alteradas o cuando el objetivo no se ha considerado preferente.

El *score* promedio de cada uno de los objetivos desciende significativamente ($p<0.001$) tras las estancia hospitalaria (análisis mediante la **t** de Student para datos

apareados); así los objetivos “control de la ansiedad: impulsos, agresividad, etc” y “habilidades de interacción social” descienden -2,27 ± 1,1 y -1,74 ± 1,2, respectivamente; el objetivo “autocontención de la violencia ” desciende – 2,2 ± 0,9; los objetivos “elevar la autoestima” y “equilibrio emocional” descienden – 1,2 ± 0,9; el objetivo “adaptación psicosocial: Identidad” – 0,94 ± 1,40 , y los objetivos del problema desesperanza, “control de la depresión” -1,75 ± 1,4 “esperanza” – 1,30 ±0,63

c) Intervenciones (NIC)

Las intervenciones (NIC) realizadas para alcanzar los objetivos de salud (NOC) en cada una de las respuestas alteradas se exponen en la TABLA XXVII.

ANSIEDAD (Alterada 86 pacientes)

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	SI	NO	NO REQUIERE
Control de la ansiedad: Impulsos, agresividad, etc	Disminución de la ansiedad	82	4	14
	Establecer límites	82	4	14
	Tecnicas de relajación	82	4	14
Habilidades de interacción social	Aumentar sistemas de apoyo	68	5	27
	Potenciar la socialización	67	6	27
	Entrenamiento en la asertividad	65	8	27

RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA HACIA SÍ O HACIA OTROS (Alterada 44 pacientes)

Autocontención de la violencia	Administración de la medicación	44	0	56
	Manejo ambiental: prevención de violencia	44	0	56
	Contención mecánica	21	23	56
	Aislamiento	22	22	56

BAJA AUTOESTIMA (Alterada 36 pacientes)

Elevar la autoestima	Apoyo emocional	36	0	64
	Potenciación de la autoestima	33	3	64
	Control del humor	35	1	64
	Escucha activa	33	3	64
Equilibrio emocional	Aumentar el afrontamiento	19	17	64
	Control del humor	34	2	64
	Aumentar sistemas de apoyo	31	5	64

TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL (Alterada 34 pacientes)

Adaptación psicosocial: Identidad	Potenciación de roles	34	0	66
	Apoyo emocional	34	0	66
	Potenciación de imagen corporal	33	1	66

DESESPERANZA (Alterada 29 pacientes)

Control de la depresión	Apoyo emocional	28	1	71
	Control del humor	27	3	71
	Aumentar sistemas de apoyo	28	1	71
Esperanza	Dar esperanza	28	1	71
	Control del humor	28	1	71
	Presencia	25	4	71

TABLA XXVII. Intervenciones realizadas (NIC) para conseguir los objetivos de salud (NOC) en cada una de las respuestas alteradas.

Tal como se ha indicado, las intervenciones realizadas se inscribían en la hoja de datos protocolizada haciendo constar el tipo de recogida: verbalizada, transcrita u observada (TABLA XXVIII).

ANSIEDAD (Alterada 86 pacientes)

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	Verbal	Transcrita	Observada
Control de la ansiedad:Impulsos, agresividad,etc	Disminución de la ansiedad	38	11	80
	Establecer límites	46	9	80
	Técnicas de relajación	56	29	82
Habilidades de interacción social	Aumentar sistemas de apoyo	41	15	68
	Potenciar socialización	35	14	66
	Entrenamiento en la asertividad	21	11	64

RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA HACIA SÍ O HACIA OTROS (Alterada 44 pacientes)

Autocontención de la violencia	Administración de la medicación	42	41	44
	Manejo ambiental: prevención de violencia	39	36	44
	Contención mecánica	18	15	21
	Aislamiento	8	4	22

BAJA AUTOESTIMA (Alterada 36 pacientes)

Elevar la autoestima	Apoyo emocional	26	12	36
	Potenciación autoestima	18	6	33
	Control del humor	22	8	32
	Escucha activa	10	5	33
Equilibrio emocional	Aumentar afrontamiento	19	11	33
	Control del humor	21	8	34
	Aumentar sistemas de apoyo	16	10	30

TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL (Alterada 34 pacientes)

Adaptación psicosocial: Identidad	Potenciación de roles	22	5	34
	Apoyo emocional	19	5	34
	Potenciación imagen	11	3	32

DESESPERANZA (Alterada 29 pacientes)

Control de la depresión	Identificación de riesgos	17	11	28
	Control del humor	11	5	26
	Aumentar sistemas de apoyo	16	7	28
Esperanza	Dar esperanza	16	5	26
	Control del humor	15	9	28
	Presencia	16	9	28

TABLA XXVIII. Tipo de recogida (verbal, transcrita u observada) de cada una de las intervenciones realizadas para conseguir los objetivos de salud propuestos.

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, 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. La comparación de los datos al ingreso-alta demuestra una mejoría significativa en la distribución de los pacientes, según los distintos grados de afectación ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon), así como en la disminución del *score* (-2,64 ± 0,71, $p<0.001$, **t** de Student para datos apareados).

a) 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 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 la respuesta "deterioro en la interacción social" ha disminuido en distintos grados en el 91%; en la respuesta "aislamiento social" disminuye el grado de afectación en el 87%; en la respuesta "interrupción de los procesos familiares" disminuye el grado de alteración en el 72%, en la respuesta "cansancio del rol de cuidador" disminuye en el 60%, en la respuesta "deterioro en la comunicación verbal" lo hacen en el 99% y en "duelo anticipado" disminuyó en el 98%. En todas las respuestas, todos los pacientes habían mejorado el grado de alteración de las respuestas.

En la TABLA XXIX se muestra el grado de alteración de cada una de las respuestas, al ingreso y alta hospitalaria; como se observa es evidente la mejoría de cada una de las respuestas alteradas al alta hospitalaria ($p<0.001$ en todas las respuestas alteradas, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

	1	2	3	4	5
Resp. Alt.1					
Ingreso	0	0	1	23	68
Alta	20	52	17	2	1
Resp. Alt.2					
Ingreso	0	0	3	30	53
Alta	21	44	20	1	0
Resp.Alt. 3					
Ingreso	0	0	1	22	55
Alta	14	37	27	0	0
Resp. Alt.4					
Ingreso	0	0	2	10	65
Alta	18	30	29	0	0
Resp. Alt.5					
Ingreso	0	1	5	11	12
Alta	11	13	3	2	0
Resp. Alt.6					
Ingreso	0	0	2	12	13
Alta	7	15	5	0	0

TABLA XXIX. Distribución de los pacientes según la gravedad de las respuestas alteradas al ingreso y alta hospitalaria. En cada una de ellas se han excluido los pacientes en que no aparece alteración de la respuesta.
Resp. Alt. 1= Deterioro en la interacción social ; Resp. Alt. 2= Aislamiento social
Resp. Alt. 3= Interrupción de los procesos familiares; Resp. Alt. 4= Cansancio del rol de cuidador; Resp. Alt. 5= Deterioro en la comunicación verbal; Resp. Alt. 6= Duelo anticipado
Grados de gravedad de la respuesta alterada: 1= No alteración; 2= Alteración ligera; 3= Alteración moderada; 4= Alteración importante; 5= Alteración extrema

Las modificaciones del *score* (ingreso-alta) son todos negativos confirmando la mejoría al alta hospitalaria ($p<0.001$, **t** de Student para datos apareados): -2,68± 0,71 (deterioro en la interacción social); -2,51 ± 0,70 (aislamiento social); -2,55 ± 0,61 (interrupción de los procesos familiares); -2,63 ± 0,81 (cansancio del rol de cuidador); -2,17 ± 1,13 (deterioro en la comunicación verbal) y -2,64 ± 0,86 (duelo anticipado).

b) Objetivos de salud (NOC)

La puntuación y grados de los objetivos de salud (NOC) respecto a cada una de las respuestas alteradas, al ingreso y alta, muestran una mejoría significativa al alta hospitalaria ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon), tal como se observa en la TABLA XXX.

	1	2	3	4	5
DETERIORO EN LA INTERACCIÓN SOCIAL					
Objetivo: Implicación social					
Ingreso	0	0	1	32	59
Alta	20	52	17	2	1
AISLAMIENTO SOCIAL					
Objetivo: Habilidades de interacción social					
Ingreso	0	0	4	37	45
Alta	20	46	18	1	1
INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES					
Objetivo : Adaptación psicosocial de la familia: cambio de vida					
Ingreso	0	0	2	21	55
Alta	16	40	23	0	0
CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR					
Objetivo: Bienestar del cuidador					
Ingreso	0	0	2	31	44
Alta	17	33	26	1	0
DETERIORO EN LA COMUNICACIÓN VERBAL					
Objetivo: Capacidad de comunicación					
Ingreso	0	1	5	12	11
Alta	11	11	5	1	1
DUELO ANTICIPADO					
Objetivo: Control de la depresión					
Ingreso	0	0	0	17	10
Alta	8	17	2	0	0

TABLA XXX. Objetivos a conseguir en cada una de las respuestas alteradas. Distribución de los pacientes según sus grados al ingreso y alta. No se han incluido los pacientes en que no se registran respuestas alteradas o cuando el objetivo no se ha considerado preferente.

El *score* promedio de cada uno de los objetivos desciende significativamente ($p<0.001$) tras las estancia hospitalaria (análisis mediante la **t** de Student para datos apareados): "implicación social" desciende -2,57± 0,72; "habilidades de interacción social " -2,41± 0,71; "adaptación psicosocial de la familia: cambio de vida " desciende -0,26± 0,70; "bienestar del cuidador " -2,40 ± 0,78; "capacidad de comunicación" -2,10 ± 1,26 y "control de la depresión"-2,60 ±0,76.

c) Intervenciones (NIC)

Las intervenciones (NIC) y objetivos de salud (NOC) se exponen en la TABLA XXXI.

DETERIORO EN LA INTERACCIÓN SOCIAL (Alterada 92 pacientes)

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	SI	NO	NO REQUIERE
Implicación social	Aumentar sistemas de apoyo	88	4	8
	Potenciar la socialización	81	11	8
	Modificación de conducta	80	12	8

AISLAMIENTO SOCIAL (Alterada 86 pacientes)

Habilidades de interacción social	Potenciar la socialización	85	1	14
	Entrenamiento en la asertividad	77	9	14
	Aumentar sistemas de apoyo	85	1	14
	Potenciación de la autoestima	67	13	14

INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES (Alterada 78 pacientes)

Adaptación psicosocial de la familia: cambio de vida	Apoyo a la familia	77	1	22
	Estimulación de la integridad familiar	77	1	22
	Mantenimiento de los procesos familiares	76	1	22

CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR (Alterada 77 pacientes)

Bienestar del cuidador	Apoyo al cuidador principal	76	1	23
	Fomento de la normalización familiar	75	2	23
	Apoyo a la familia	77	0	23

DETERIORO EN LA COMUNICACIÓN VERBAL (Alterada 29 pacientes)

Capacidad de comunicación	Fomentar la comunicación	29	0	71
	Escucha activa	29	0	71
	Contacto	26	3	71
	Presencia	27	2	71

DUELO ANTICIPADO (Alterada 27 pacientes)

Control de la depresión	Apoyo emocional	27	0	73
	Control del humor	26	1	73
	Aumento de los sitemas de apoyo	25	2	73

TABLA XXXI. Intervenciones realizadas (NIC) para conseguir los objetivos de salud (NOC) en cada una de las respuestas alteradas.

El tipo de recogida de intervenciones se muestran en la TABLA XXXII.

DETERIORO EN LA INTERACCIÓN SOCIAL (Alterada 92 pacientes)

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	Verbal	Transcrita	Observada
Implicación social	Aumentar sistemas de apoyo	77	60	88
	Potenciar la socialización	75	53	89
	Modificación de conducta	69	53	88

AISLAMIENTO SOCIAL (Alterada 86 pacientes)

Habilidades de interacción social	Potenciar la socialización	45	16	86
	Entrenamiento en la asertividad	23	11	63
	Aumentar sistemas de apoyo	23	10	72
	Potenciación de la autoestima	22	14	55

INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES (Alterada 78 pacientes)

Adaptación psicosocial de la familia: cambio de vida	Apoyo a la familia	60	27	75
	Estimulación de la integridad familiar	46	17	74
	Mantenimiento de los procesos familiares	39	21	74

CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR (Alterada 77 pacientes)

Bienestar del cuidador	Apoyo al cuidador principal	52	20	73
	Fomento de la normalización familiar	50	16	52
	Apoyo a la familia	39	21	74

DETERIORO EN LA COMUNICACIÓN VERBAL (Alterada 29 pacientes)

Capacidad de comunicación	Fomentar la comunicación	22	5	29
	Escucha activa	10	3	28
	Contacto	9	1	25
	Presencia	8	2	26

DUELO ANTICIPADO (Alterada 27 pacientes)

Control de la depresión	Apoyo emocional	18	9	27
	Control del humor	12	5	27
	Aumento de los sistemas de apoyo	10	5	25

TABLA XXXII. Tipo de recogida (verbal, transcrita u observada) de cada una de las intervenciones realizadas para conseguir los objetivos de salud propuestos.

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, 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. La comparación de los datos al ingreso-alta demuestra una mejoría significativa en la distribución de los pacientes, según los distintos grados de afectación ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon), así como en la disminución del *score* (-1,64 ± 0,97, $p<0.001$, **t** de Student para datos apareados).

a) 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 "disfunción sexual" (35% de los pacientes), seguida de "patrones sexuales inefectivos" (33%).

Al alta hospitalaria, el grado de alteración de la respuesta " disfunción sexual" ha disminuido en distintos grados el 85%; en la respuesta "patrones sexuales inefectivos" disminuye el grado de afectación en el 87% de los pacientes.

En todas las respuestas, todos los pacientes habían mejorado el grado de alteración de las respuestas.

En la TABLA XXXIII se muestra el grado de alteración de cada una de las respuestas, al ingreso y alta hospitalaria; como se observa es evidente la mejoría de cada una de las respuestas alteradas al alta hospitalaria ($p<0.001$ en todas las respuestas alteradas, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

	1	2	3	4	5
Resp. Alt. 1					
Ingreso	0	0	3	17	15
Alta	9	9	14	2	1
Resp. Alt. 2					
Ingreso	0	1	1	15	16
Alta	1	4	10	17	1

TABLA XXXIII. Distribución de los pacientes según la gravedad de las respuestas alteradas al ingreso y alta hospitalaria. En cada una de ellas se han excluido los pacientes en que no aparece alteración de la respuesta.

Resp. Alt. 1= Disfunción sexual; Resp. Alt. 2= Patrones sexuales inefectivos
Grados de gravedad de la respuesta alterada: 1= No alteración; 2= Alteración ligera; 3= Alteración moderada; 4= Alteración importante; 5= Alteración extrema

Si analizamos la modificación del *score* (ingreso-alta) se confirma la mejoría al alta hospitalaria, ya que todos ellos muestran una disminución significativa ($p<0.001$, **t** de Student para datos apareados): -2,23 ± 0,91 (disfunción sexual); -2,22 ± 0,92 (patrones sexuales inefectivos).

b) Objetivos de salud (NOC)

La puntuación y grados de los objetivos de salud (NOC) respecto a cada una de las respuestas alteradas, al ingreso y alta, muestran una mejoría significativa al alta hospitalaria ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon), tal como se observa en la TABLA XXXIV.

	1	2	3	4	5
DISFUNCIÓN SEXUAL					
Objetivo: Funcionamiento sexual					
Ingreso	0	0	6	14	15
Alta	9	16	7	2	1
PATRONES SEXUALES INEFECTIVOS					
Objetivo: Funcionamiento sexual					
Ingreso	0	1	4	13	15
Alta	3	18	12	0	0

TABLA XXXIV. Objetivos a conseguir en cada una de las respuestas alteradas. Distribución de los pacientes según sus grados al ingreso y alta. No se han incluido los pacientes en que no se registran respuestas alteradas o cuando el objetivo no se ha considerado preferente.

El *score* promedio de cada uno de los objetivos desciende significativamente ($p<0.001$) tras las estancia hospitalaria (análisis mediante la **t** de Student para datos apareados); el objetivo "funcionamiento sexual" de la respuesta disfunción sexual desciende -2,20 ± 0,97, el objetivo "funcionamiento sexual" de la respuesta patrones sexuales inefectivos desciende – 2,22 ± 0,87.

c) Intervenciones (NIC)

Las intervenciones (NIC) realizadas para alcanzar los objetivos de salud (NOC) en cada una de las respuestas alteradas se exponen en la TABLA XXXV.

DISFUNCIÓN SEXUAL (Alterada 35 pacientes)

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	SI	NO	NO REQUIERE
Funcionamiento sexual	Asesoramiento sexual	25	10	65
	Enseñanza:sexualidad	18	17	65
	Manejo de la conducta sexual	24	11	65

PATRONES SEXUALES INEFECTIVOS (Alterada 33 pacientes)

Funcionamiento sexual	Asesoramiento sexual	20	13	67
	Enseñanza:sexualidad	22	11	67
	Manejo de la conducta sexual	32	1	67

TABLA XXXV. Intervenciones realizadas (NIC) para conseguir los objetivos de salud (NOC) en cada una de las respuestas alteradas.

El tipo de recogida de las intervenciones se muestra en la TABLA XXXVI.

DISFUNCIÓN SEXUAL (Alterada 35 pacientes)

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	Verbal	Transcrita	Observada
Funcionamien-to sexual	Asesoramiento sexual	35	11	35
	Enseñanza:sexualidad	23	5	33
	Manejo de la conducta sexual	32	12	32

PATRONES SEXUALES INEFECTIVOS (Alterada 33 pacientes)

Funcionamien-to sexual	Asesoramiento sexual	35	11	33
	Enseñanza:sexualidad	21	8	31
	Manejo de la conducta sexual	30	9	28

TABLA XXXVI. Tipo de recogida (verbal, transcrita u observada) de cada una de las intervenciones realizadas para conseguir los objetivos de salud propuestos.

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, 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. La comparación de los datos al ingreso-alta demuestra una mejoría significativa en la distribución de los pacientes, según los distintos grados de afectación ($p < 0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon), así como en la disminución del *score* (-2,69 ± 0,76, $p<0.001$, **t** de Student para datos apareados).

a) 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 "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 en distintos grados, solucionándose el problema en el 22% de los problemas; en la respuesta "deterioro en la adaptación" desaparece el problema en el 12%, disminuyendo el grado de alteración en el resto; 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%.

En la TABLA XXXVII se muestra el grado de alteración de cada una de las respuestas, al ingreso y alta hospitalaria; como se observa es evidente la mejoría de cada una de las respuestas alteradas al alta hospitalaria ($p<0.001$ en todas las respuestas alteradas, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

	1	2	3	4	5
Resp. Alt.1					
Ingreso	0	0	2	28	69
Alta	22	68	8	1	0
Resp. Alt.2					
Ingreso	0	0	1	35	57
Alta	12	68	13	0	0
Resp.Alt. 3					
Ingreso	0	2	5	14	40
Alta	10	22	26	2	1
Resp. Alt.4					
Ingreso	0	2	4	13	7
Alta	13	13	2	0	0
Resp. Alt.5					
Ingreso	0	0	2	13	6
Alta	11	10	0	0	0

TABLA XXXVII. Distribución de los pacientes según la gravedad de las respuestas alteradas al ingreso y alta hospitalaria. En cada una de ellas se han excluido los pacientes en que no aparece alteración de la respuesta.
Resp. Alt. 1= Afrontamiento inefectivo; Resp. Alt. 2= Deterioro en la adaptación
Resp. Alt. 3= Afrontamiento familiar incapacitante; Resp. Alt. 4= Riesgo de lesión o automutilación; Resp. Alt. 5= Riesgo de suicidio
Grados de gravedad de la respuesta alterada: 1= No alteración; 2= Alteración ligera; 3= Alteración moderada; 4= Alteración importante; 5= Alteración extrema

Si analizamos la modificación del *score* (ingreso-alta) se confirma la mejoría al alta hospitalaria, ya que todos ellos muestran una disminución significativa ($p<0.001$, **t** de Student para datos apareados): -2,79± 0,71 (afrontamiento inefectivo); -2,58 ± 0,68 (deterioro en la adaptación); -2,06 ± 0,87 (afrontamiento familiar incapacitante); -2,71 ± 0,56 (riesgo de lesión o automutilación); -2,44 ± 1,08 (riesgo de suicidio).

b) Objetivos de salud (NOC)

La puntuación y grados de los objetivos de salud (NOC) respecto a cada una de las respuestas alteradas, al ingreso y alta, muestran una mejoría significativa al alta hospitalaria ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon), tal como se observa en la TABLA XXXVIII.

	1	2	3	4	5
AFRONTAMIENTO INEFECTIVO					
Objetivo: Control de los impulsos					
Ingreso	0	0	2	28	69
Alta	22	68	8	1	0
DETERIORO EN LA ADAPTACIÓN					
Objetivo: Adaptación psicosocial: cambio de vida					
Ingreso	0	0	1	34	58
Alta	12	68	13	0	0
AFRONTAMINETO FAMILIAR INCAPACIRTANTE					
Objetivo : Recuperación del abandono					
Ingreso	0	2	5	14	40
Alta	10	22	26	2	1
RIESGO DE LESIÓN O AUTOMUTILACIÓN					
Objetivo: Evitar autolesión					
Ingreso	0	2	2	15	7
Alta	13	11	2	0	0
RIESGO DE SUICIDIO					
Objetivo: Prevención del suicidio					
Ingreso	0	0	6	13	2
Alta	11	10	0	0	0

TABLA XXXVIII. Objetivos a conseguir en cada una de las respuestas alteradas. Distribución de los pacientes según sus grados al ingreso y alta. No se han incluido los pacientes en que no se registran respuestas alteradas o cuando el objetivo no se ha considerado preferente.

El *score* promedio de cada uno de los objetivos desciende significativamente ($p<0.001$) tras las estancia hospitalaria (análisis mediante la **t** de Student para datos apareados). El objetivo "control de los impulsos" desciende -2,64 ± 0,84; el objetivo "adaptación psicosocial: cambio de vida "– 2,52 ± 0,71; "recuperación del abandono" desciende – 2,06 ± 0,89; "evitar autolesión" – 2,24 ± 1,12; "prevención del suicidio" -2,61 ± 0,66.

c) Intervenciones (NIC)

Las intervenciones (NIC) realizadas para alcanzar los objetivos de salud (NOC) en cada una de las respuestas alteradas se exponen en la TABLA XXXIX.

AFRONTAMIENTO INEFECTIVO (Alterada 99 pacientes)

OBJETIVOS	**INTERVENCIONES**	**SI**	**NO**	**NO REQUIERE**
Control de los impulsos	Aumentar afrontamiento	97	2	1
	Precaución contra fugas	74	25	1
	Control del humor	96	3	1
	Terapia ambiental	98	1	1

DETERIORO EN LA ADAPTACIÓN (Alterada 93 pacientes)

Adaptación psicosocial: cambio de vida	Aumentar afrontamiento	88	5	7
	Enseñanza proceso de la enfermedad	87	6	7
	Modificación de la conducta	89	4	7
	Facilitar las visitas	82	11	7

AFRONTAMINETO FAMILIAR INCAPACIRTANTE (Alterada 61 pacientes)

Recuperación del abandono	Apoyo a la familia	61	0	39
	Estimulación de la integridad familiar	61	0	39
	Fomento de la implicación familiar	59	2	39

RIESGO DE LESIÓN O AUTOMUTILACIÓN (Alterada 26 pacientes)

Evitar autolesión	Ambiente de seguridad	26	0	74
	Vigilancia	26	0	74
	Aumentar afrontamiento	20	6	74
	Contención mecánica	9	0	91

RIESGO DE SUICIDIO (Alterada 21 pacientes)

Prevención del suicidio	Ambiente de seguridad	21	0	79
	Vigilancia	21	0	79
	Aumentar afrontamiento	19	1	70
	Contención mecánica	9	0	91

TABLA XXXIX. Intervenciones realizadas (NIC) para conseguir los objetivos de salud (NOC) en cada una de las respuestas alteradas.

Tal como se ha indicado, las intervenciones realizadas se inscribían en la hoja de datos protocolizada haciendo constar el tipo de recogida: verbalizada, transcrita u observada. En la TABLA XL se muestran el tipo de recogida en cada una de las intervenciones realizadas para alcanzar los objetivos de salud en cada respuesta alterada; como se observa, la transcripción en la hoja de observaciones de enfermería es

la de menor frecuencia en todas las intervenciones, mientras que la observada alcanza la máxima frecuencia en todas éstas.

AFRONTAMIENTO INEFECTIVO (Alterada 99 pacientes)

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	Verbal	Transcrito	Observado
Control de los impulsos	Aumentar afrontamiento	74	30	94
	Precaución contra fugas	44	10	95
	Control del humor	74	33	96
	Terapia ambiental	74	30	94

DETERIORO EN LA ADAPTACIÓN (Alterada 93 pacientes)

Adaptación psicosocial: cambio de vida	Aumentar afrontamiento	50	8	89
	Enseñanza proceso de la enfermedad	42	17	85
	Modificación de la conducta	57	23	89
	Facilitar las visitas	32	16	80

AFRONTAMINETO FAMILIAR INCAPACIRTANTE (Alterada 61 pacientes)

Recuperación del abandono	Apoyo a la familia	44	16	61
	Estimulación de la integridad familiar	33	12	60
	Fomento de la implicación familiar	34	17	69

RIESGO DE LESIÓN O AUTOMUTILACIÓN (Alterada 26 pacientes)

Evitar autolesión	Ambiente de seguridad	24	20	26
	Vigilancia	26	10	26
	Aumentar afrontamiento	8	2	23
	Contención mecánica	6	9	9

RIESGO DE SUICIDIO (Alterada 21 pacientes)

Prevención del suicidio	Ambiente de seguridad	21	20	21
	Vigilancia	21	13	21
	Aumentar afrontamiento	20	7	20
	Contención mecánica	9	8	9

TABLA XL. Tipo de recogida (verbal, transcrita u observada) de cada una de las intervenciones realizadas para conseguir los objetivos de salud propuestos.

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, observándose que no presentaban alteración alguna 18 pacientes y los restantes se distribuían así: 10 pacientes poco alterado, 2 pacientes moderadamente alterado. La comparación de los datos al ingreso-alta demuestra una mejoría significativa en la distribución de los pacientes, según los distintos grados de afectación ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon), así como en la disminución del *score* (-2,43 ± 0,72, $p<0.001$, **t** de Student para datos apareados).

a) 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 "sufrimiento espiritual" (29% de los pacientes).

Al alta hospitalaria, el grado de alteración de la respuesta "sufrimiento espiritual" ha disminuido en distintos grados en todos los pacientes, desapareciendo completamente en 13 de ellos.

En la TABLA XLI se muestra el grado de alteración de cada una de las respuestas, al ingreso y alta hospitalaria; como se observa es evidente la mejoría de cada una de las respuestas alteradas al alta hospitalaria ($p<0.001$ en todas las respuestas alteradas, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon).

	1	2	3	4	5
Resp. Alt.1					
Ingreso	0	0	2	19	8
Alta	13	14	2	0	0

TABLA XLI. Distribución de los pacientes según la gravedad de las respuestas alteradas al ingreso y alta hospitalaria. En cada una de ellas se han excluido los pacientes en que no aparece alteración de la respuesta.
Resp. Alt. 1= Sufrimiento espiritual
Grados de gravedad de la respuesta alterada: 1= No alteración; 2= Alteración ligera; 3= Alteración moderada; 4= Alteración importante; 5= Alteración extrema

Si analizamos la modificación del *score* (ingreso-alta) se confirma la mejoría al alta hospitalaria, ya que todos ellos muestran una disminución significativa ($p<0.001$, **t** de Student para datos apareados): -2,65± 0,72 (sufrimiento espiritual).

b) Objetivos de salud (NOC)

La puntuación y grados de los objetivos de salud (NOC) respecto a cada una de las respuestas alteradas, al ingreso y alta, muestran una mejoría significativa al alta hospitalaria ($p<0.001$, análisis mediante la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon), tal como se observa en la TABLA XLII.

	1	2	3	4	5
SUFRIMIENTO ESPIRITUAL					
Objetivo: Bienestar espiritual					
Ingreso	0	2	3	20	5
Alta	13	14	3	0	0

TABLA XLII. Objetivos a conseguir en cada una de las respuestas alteradas. Distribución de los pacientes según sus grados al ingreso y alta. No se han incluido los pacientes en que no se registran respuestas alteradas o cuando el objetivo no se ha considerado preferente.

El *score* promedio de cada uno de los objetivos desciende significativamente ($p<0.001$) tras las estancia hospitalaria (análisis mediante la **t** de Student para datos apareados); el objetivo "bienestar espiritual" desciende -1,62, ± 0,62.

c) Intervenciones (NIC)

Las intervenciones (NIC) realizadas para alcanzar los objetivos de salud (NOC) en cada una de las respuestas alteradas se exponen en la TABLA XLIII.

SUFRIMIENTO ESPIRITUAL (Alterada 29 pacientes)

OBJETIVOS	**INTERVENCIONES**	**SI**	**NO**	**NO REQUIERE**
Bienestar espiritual	Apoyo emocional	28	1	71
	Apoyo en la toma de decisiones	26	3	71
	Escucha activa	28	1	71

TABLA XLIII. Intervenciones realizadas (NIC) para conseguir los objetivos de salud (NOC) en cada una de las respuestas alteradas.

Tal como se ha indicado, las intervenciones realizadas se inscribían en la hoja de datos protocolizada haciendo constar el tipo de recogida: verbalizada, transcrita u observada (TABLA XLIV).

SUFRIMIENTO ESPIRITUAL (Alterada 29 pacientes)

OBJETIVOS	**INTERVENCIONES**	**Verbal**	**Transcrita**	**Observada**
Bienestar espiritual	Apoyo emocional	20	5	29
	Apoyo en la toma de decisiones	13	6	29
	Escucha activa	11	5	29

TABLA XLIV. Tipo de recogida (verbal, transcrita u observada) de cada una de las intervenciones realizadas para conseguir los objetivos de salud propuestos.

2.2. ANÁLISIS CONJUNTO

El cambio (mejoría o empeoramiento) para cada uno de los patrones de salud alterados de cada paciente al ingreso, puede medirse mediante el resultado de la diferencia entre el valor asignado en el momento del ingreso y el asignado en el momento del alta. Por tanto, los valores así obtenidos, mediante la resta de los respectivos scores alta-ingreso, se constituyen como indicadores de la ganancia o pérdida tras la actuación del personal de enfermería durante la estancia hospitalaria.

Estos indicadores del cambio de cada paciente, se han obtenido para cada uno de los patrones, generándose una variable de cambio correspondiente para cada uno de ellos. Hay que hacer mención que aquellos valores "missing", indicativos de una situación de "no alteración" en cada patrón al ingreso (y por tanto no valorables al alta), generan un valor también "missing" para esa nueva variable de cambio. Los valores considerados como "missing" se han exluído siempre en los análisis posteriores.

Esas nuevas variables de cambio (mejoría o empeoramiento) para cada patrón, se han codificado de la siguiente forma:

-2 = empeora 2 puntos al alta respecto al ingreso

-1 = empeora 1 punto al alta respecto al ingreso

0 = no varia

+1 = mejora 1 punto al alta respecto al ingreso

+2 = mejora 2 puntos al alta respecto al ingreso

+3 = mejora 3 puntos al alta respecto al ingreso

+4 = mejora 4 puntos al alta respecto al ingreso

+5 = mejora 5 puntos al alta respecto al ingreso

La variación media del cambio al alta, respecto al ingreso, se muestra en la TABLA XLV y en la figura 1.

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

TABLA XLV. Variación media: El valor de cada paciente se obtiene del promedio de cambio entre los patrones de ese paciente

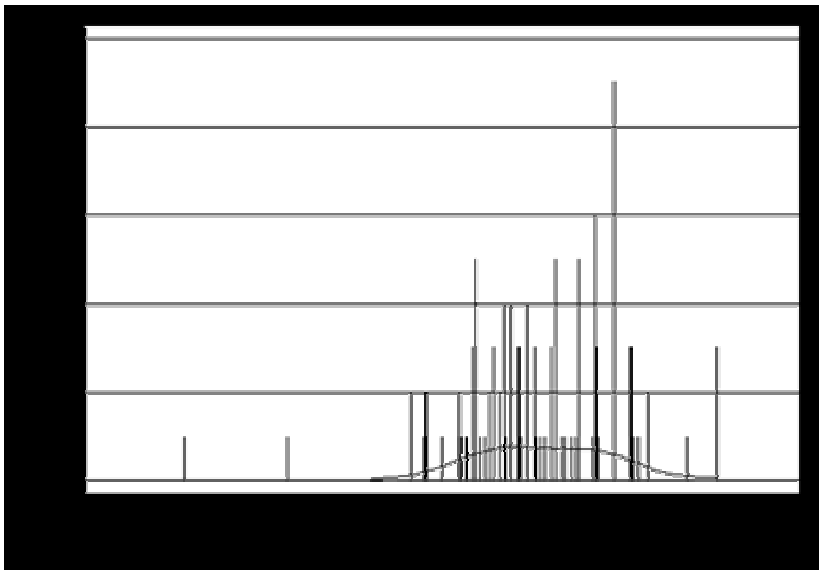

Figura 1. Variación media por patrón y paciente (alta-ingreso)

Dicha variable a su vez, debería guardar relación con lo antes considerado respecto a los cambios para cada patrón, que como hemos visto reflejaba la diferencia entre los valores asignados en el momento del ingreso y los asignados en el momento del alta. Esa nueva variable sintética de cambio global, se ha obtienido mediante la suma algebráica de las variables de cambio correspondientes a los patrones (anteriormente comentadas) de cada uno de los pacientes. Este cambio global sintético refleja pues una ganancia o mejora cuando presenta un valor positivo, mientras que un valor negativo expresaría un empeoramiento al alta respecto a los valores que el paciente obtuvo al ingreso para el global de los patrones (TABLA XLVI). Figura 2.

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

TABLA XLVI. Variación total: El valor de cada paciente se obtiene mediante el sumatorio algebraíco del cambio acaecido de todos sus patrones

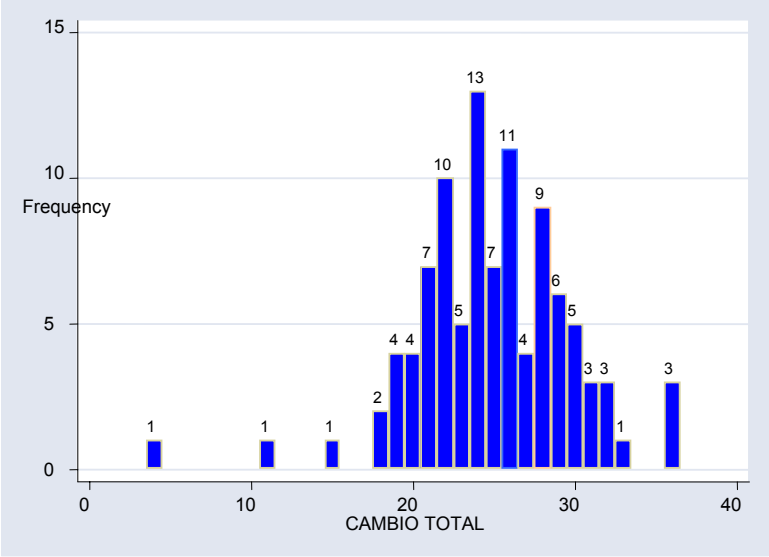

Figura 2. Variación media del conjunto de todos los patrones por paciente (alta-ingreso)

Esa variable global de cambio refleja para cada paciente la variación conjunta de todos los patrones de salud entre alta-ingreso y expresa, cuantitativamente, un grado de mayor o menor mejoría (cuando el valor es positivo) o un grado de empeoramiento (valores negativos). De esta forma, un valor de +8 representa una ganancia o mejoría doble de la que representaría un +4 y a la inversa, un valor de -8 representaría un empeoramiento al alta doblemente peor del que representaría una puntuación de -4. En la siguiente TABLA XLVII, presentamos la distribución por intervalos de la variable global reseñada y por medio de la que se puede observar que ningún paciente empeora globalmente.

Variación o CAMBIO para el TOTAL DE PATRONES	**Frecuencia.**	**Porcentaje**
+4 a +7 puntos de ganancia	**1**	**1.00**
+8 a +11 puntos de ganancia	**1**	**1.00**
+12 a +15 puntos de ganancia	**1**	**1.00**
+16 a +19 puntos de ganancia	**6**	**6.00**
+20 a +23 puntos de ganancia	**26**	**26.00**
+24 a +27 puntos de ganancia	**35**	**35.00**
+28 a +31 puntos de ganancia	**23**	**23.00**
+32 a +35 puntos de ganancia	**4**	**4.00**
+36 a +39 puntos de ganancia	**3**	**3.00**
Total	**100**	**100.00**

TABLA XLVII. Variaciones entre alta-ingreso para el conjunto de todos los patrones de salud alterados.

A la vista del reflejo puramente descriptivo de estos datos relativos al cambio sintético de todos los patrones globalmente considerados, se aprecia como de la estancia de los pacientes en el hospital se obtiene siempre en todos los pacientes una mejoría al alta respecto al ingreso. Así pues, de forma descriptiva se corroboran los datos obtenidos en el análisis descriptivo previo de cada patrón realizado con anterioridad: la mejoría al alta también se produce para todos los patrones sintetizados en conjunto.

3. ANÁLISIS BIVARIADO

Lo reseñado anteriormente deducido a partir de la descripción de los datos, que parece reflejar una tendencia hacia la mejoría general de nuestros pacientes tras su paso por el hospital, pudiera confirmarse formalmente mediante un análisis bivariado (TABLA XLVIII).

Número de Pacientes con número de PATRONES con scores idóneos (mejor situación de las posibles)					
	INGRESO				
ALTA	***0 patrones con scores idóneos***	***1 patrón con score idóneo***	***2 patrones con scores idóneos***	***3 patrones con scores idóneos***	***Total***
0 patrones con scores idóneos	***16***	***0***	***0***	***0***	***16***
1 patrón con score idóneo	***11***	***1***	***0***	***0***	***12***
2 patrones con scores idóneos	***6***	***1***	***0***	***0***	***7***
3 patrones con scores idóneos	***10***	***0***	***0***	***0***	***10***
4 patrones con scores idóneos	***11***	***0***	***2***	***0***	***13***
5 patrones con scores idóneos	***11***	***2***	***3***	***0***	***16***
6 patrones con scores idóneos	***4***	***1***	***1***	***0***	***6***
7 patrones con scores idóneos	***5***	***0***	***1***	***0***	***6***
8 patrones con scores idóneos	***3***	***1***	***0***	***0***	***4***
9 patrones con scores idóneos	***2***	***1***	***1***	***0***	***4***
10 patrones con scores idóneos	***2***	***1***	***2***	***1***	***6***
Total	***81***	***8***	***10***	***1***	***100***

TABLA XLVIII: Tabla de concordancia. Efectivos según el número de patrones al ingreso en la mejor situación posible y el número de patrones al alta con ese mismo estatus al alta

Dada la inexistencia de efectivos en alguna de las casillas de la tabla anterior y para eludir las condiciones de la parametrización de las distribuciones a estudiar, emplearemos en este caso una prueba no paramétrica para el contraste de la hipótesis de nula relación entre una variable y otra.

```
kwallis ALTAS idóneas , by(INGRESOSidóneos)
Test: Equality of populations (Kruskal-Wallis test)
  +-------------------------+
  | INGTOT | Obs | Rank Sum |
  |--------+-----+----------|
  |      0 |  81 |  3657.00 |
  |      1 |   8 |   543.50 |
  |      2 |  10 |   752.00 |
  |      3 |   1 |    97.50 |
  +-------------------------+

chi-squared =15.520 with 3 d.f.
probability =     0.0014
chi-squared with ties =15.742 with 3 d.f.
probability =     0.0013
```

El resultado significativo del test de Kruskal-Wallis (p<0’002 para una y dos colas) hace rechazar la hipótesis de igualdad para las categorías analizadas, manifiestándose la existencia de una relación, en nuestro caso inversa, entre la frecuencia de patrones idóneos al ingreso y al alta.

En dicho sentido este estadístico de contraste bivariado pone de manifiesto la existencia significativa de un cambio hacia la mejoría global de los pacientes tras su atención hospitalaria. Este análisis no complejo, que manifiesta la tendencia de aumento del número de patrones al alta con calificaciones de idoneidad respecto a la situación contraria al ingreso, nos confirma con mayor evidencia lo que la parte descriptiva anterior ya nos reflejaba: los pacientes obtienen de forma significativa una mejoría al alta respecto al ingreso, tras su estancia psiquiátrica en el hospital

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

Según nuestros resultados expuestos respecto a la mejora de los patrones funcionales en tanto dura la estancia hospitalaria, es necesario analizar la influencia de las intervenciones que realiza el personal de enfermeria en la resolución de las respuestas alteradas que condicionan la alteración de los patrones de salud. De esta forma analizaremos el papel que juegan en la mejoría, tanto las intervenciones globalmente consideradas, como particularizándolas según su indicación hacia la resolución de los problemas detectados o campos de incidencia a los que ciertos grupos de intervenciones se encuentran específicamente dirigidas.

Para ello, se ha procedido a desarrollar una estrategia de análisis multivariado mediante el ajuste de nuestros datos a modelos de regresión logística múltiple ordinal. Con ello hemos pretendido identificar las variables influyentes en la evolución de mejora de nuestros pacientes, así como la fuerza de esa influencia.

La variable resultado a estimar, es el nivel de cambio (mejoría / empeoramiento) obtenido por la diferencia del valor del score al alta respecto del score al ingreso, tal como se ha detallado anteriormente.

Las variables explicativas analizadas han sido fundamentalmente las referidas a las intervenciones realizadas por el personal de enfermería. De esta forma se ha contabilizado el número total de intervenciones realizadas para cada enfermo, configurando dicho sumatorio una variable sintética global de intervención. Así mismo, se han generado también variables de intervención selectivas para cada patrón de salud alterado y para cada respuesta alterada. En este caso, en el sumatorio de intervenciones realizadas, sólo se han contabilizado las específicas a acometer para ese patrón y respuesta concreta.

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.

Con esta estrategia y esta doble consideración de las intervenciones realizadas por la enfermería, podemos por una parte valorar el peso de su influjo global sobre la

resolución de la respuesta alerada de los pacientes (TABLA XLIX). Pero, por otro lado, su agrupación por campos (fisiológicos básicos, fisiológicos complejos, conductuales, seguridad, familiares y sistemas de salud) permite una visión más funcional del problema, ya que al agrupar las intervenciones por dicha clasificación, distribuyéndose entre todos los patrones y no ciñéndose exclusivamente a cada uno de ellos, se propicia una mayor homogeneidad insesgada en el análisis de sus influencias (TABLA L).

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 situación diagnóstica de los mismos (esquizofrenia o trastornos del estado de ánimo). 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.

CAMBIO INTERVENCIONES-TOTALES DIAGNOSTICO EDAD SEXO DIAGNOSTICO

(esquizofrenia)=base de comparación

Ordered logit estimates	Number of obs	=	100
	LR chi2(4)	=	11.63
	Prob > chi2	=	**0.0203**
Log likelihood = -153.84499	Pseudo R2	=	0.0364

Variable explicada: **CAMBIO (a intervalos de 4 puntos)**	**OddsRatio**	**Std.Err.**	**z**	**P>z**	**95%IntervalConf.**
TOTAL INTERVENCIONES (sumatorio número intervenciones)	1’022283	‘009289	2’43	**0’015**	1’004238 – 1’040652
DIAGNOSTICO (trastornos del estado de ánimo)	2’60965	1’095247	2’29	**0’022**	1’146412 – 5’940514
EDAD EN AÑOS	‘9803612	‘0128404	-1’51	0’130	9555148 – 1’005854
SEXO	1’086517	‘4338646	0’21	0’835	4967496 – 2’376489

TABLA XLIX. Analísis sobre total de intervenciones y cambio al alta.

El resultado significativo del ajuste logístico anterior (p<0’03), ajustado por edad, sexo y diagnóstico, nos indica que aumentar el número de intervenciones de enfermería incide en propiciar mejoría global al alta. De esta forma podemos indicar que las intervenciones de enfermería en su conjunto, son influyentes en la mejora de los pacientes al alta.

Por otro lado, el poder de esta influencia viene dado por el Odds Ratio de esta variable que se sitúa entre 1’004 y 1’040. De esta forma, cada intervención más de enfermería aplicada a cualquier paciente, multiplica por 1’02 (1’004 – 1’041) la ganancia al alta respecto a la situación de ingreso.

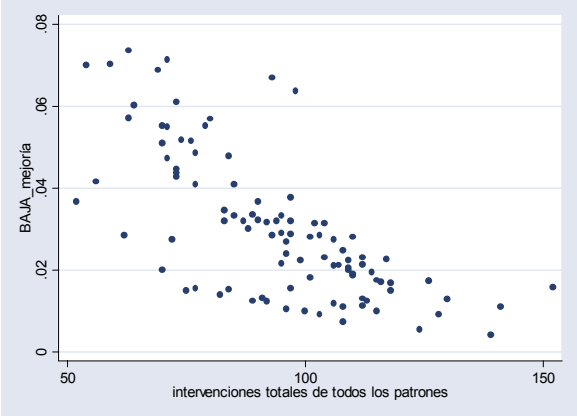

Figura 3. Intervenciones-“bajas” mejoria

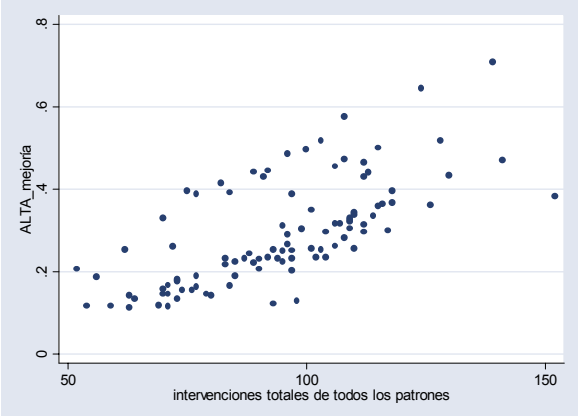

Figura 4. Intervenciones-“altas”mejoría

En las figuras 3 y 4 exponemos gráficamente estas estimaciones. Las ordenadas de las gráficas expresan la probabilidad de obtener mejorías (ajustadas para las variables del modelo) y para el número de intervenciones realmente producidas en cada uno de nuestros pacientes. Se observa como en la gráfica relativa a “bajas mejorías” (cambios entre alta e ingreso iguales o menores de 12 puntos de ganancia)(figura 3) la nube de puntos se eleva en la izquierda; esto es, cuando el número de intervenciones es menor a 100 aumenta la probabilidad de obtener “bajas” mejorías. En el caso de la gráfica relativa a “altas” mejorías (cambios entre alta e ingreso iguales o mayores de 28 puntos de ganancia)(figura 4) la nube de puntos, al contrario de la situación anterior, se eleva hacia la derecha, indicando que cuando el número de intervenciones de enfermería aumenta, la probabilidad de obtener “altas” mejorías aumenta también.

Este modelo permite apreciar también como el diagnóstico incide en la mejoría de los pacientes; para ello, hemos dividido los pacientes en los dos grupos de estudio, esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo.

De esta forma nos está expresando que la existencia de un status diagnóstico de trastorno del estado de ánimo, multiplica por 2'61 (1'146 - 5'94) el score de ganancia al alta respecto a los pacientes que tienen un status diagnóstico de esquizofrenia. En las figuras 5 y 6 se observan nítidamente estas diferencias mediante ajuste semicuadrático.

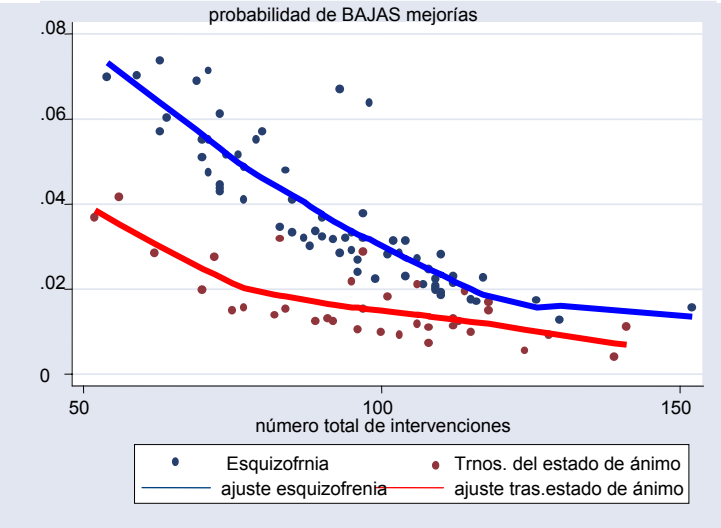

Figura 5. Ajuste semicuadrático (intervenciones-"bajas" mejoría)

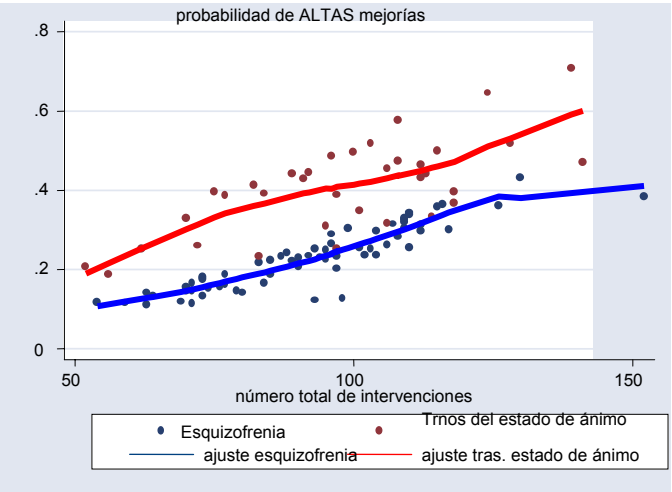

Figura 6. Ajuste semicuadrático (intervenciones-"altas" mejoría)

En estas gráficas en base a nuestro modelo logístico, hemos ajustado a líneas (ajuste semicuadrático) las nubes de puntos expresadas en las anteriores gráficas, pero discerniendo entre los dos posibles status diágnósticos de los pacientes.

Como en las gráficas anteriores, aquí también las ordenadas de las gráficas expresan la probabilidad de obtener mejorías (ajustadas para las variables del modelo) y en abcisas se sitúa el número de intervenciones realmente producidas en cada uno de nuestros pacientes.

Observamos en ellas, como la realización de más intervenciones, cualesquiera que sea el status diagnóstico de nuestros pacientes, incide en el sentido de la mejoría. Así pues, se aprecia como anteriormente, que cuando el número de intervenciones de enfermería aumenta, la probabilidad de obtener "altas" mejorías aumenta para los dos grupos de pacientes, disminuyendo la probabilidad de obtener "bajas" mejorías para ambos grupos.

Sin embargo, en estas gráficas se aprecia la segregación en dos niveles basales de cara a la mejoría al alta. Uno de ellos con menores niveles de ganancia absoluta en el caso de los enfermos con esquizofrenia; el otro con un mayor nivel de ganancia en el

caso de los pacientes con trastornos del estado de ánimo. Independientemente de esta graduación por estratos diagnósticos, la influencia del incremento de intervenciones globales, incide en la mejoría de ambos grupos de forma muy semejente. No obstante, parece apreciarse, la existencia de un límite en el entorno de las 130 intervenciones, que marcaría el nivel de rebosamiento e inversión del efecto mejorativo incremental de las intervenciones, para el grupo de psicóticos.

Ahora procederemos a ver la influencia que las intervenciones de enfermería, particularizadas por campo de actuación, tienen sobre la mejoría de nuestros pacientes.

```
 xi:ologit CAMBIO INTERVENCIONES-campo1 INTERVENCIONES-campo2
INTERVENCIONES-campo3 INTERVENCIONES-campo4 INTERVENCIONES-
campo5 INTERVENCIONES-campo6 DIAGNOSTICO EDAD SEXO
        DIAGNOSTICO( esquizofrenia )=base de comparación
Ordered logit estimates                          Number of obs   =     100
                                                 LR chi2(9)      =   28.47
                                                 Prob > chi2     =  0.0008
Log likelihood =  -145.4261                      Pseudo R2       =  0.0892
```

Variable explicada: **CAMBIO (intervalos de 4 puntos)**	**OddsRatio**	**Std.Err.**	**z**	**P>z**	**95%IntervalConf.**
TOTAL INTERVENCIONES CAMPO 1	1’113988	‘0580856	2’07	**0’038**	1’005766 - 1’233854
TOTAL INTERVENCIONES CAMPO 2	1’425985	‘2033378	2’49	**0’013**	1’078296 - 1’885783
TOTAL INTERVENCIONES CAMPO 3	1’099759	‘0366992	2’85	**0’004**	1’030132 - 1’174092
TOTAL INTERVENCIONES CAMPO 4	‘7826102	‘0687228	-2’79	**0’005**	‘6588696 - ‘9295901
TOTAL INTERVENCIONES CAMPO 5	‘902469	‘0539368	-1’72	0’086	‘8027115 - 1’014624
TOTAL INTERVENCIONES CAMPO 6	‘7861993	‘087818	-2’15	**0’031**	‘6316172 - ‘9786138
DIAGNOSTICO (trastornos del afecto)	1’50718	‘7006156	0’88	0’377	‘6060133 - 3’748416
EDAD EN AÑOS	‘9891309	‘0138027	-0’78	0’434	‘9624447 - 1’016557
SEXO	‘9345398	‘3882039	-0’16	0’871	‘4140114 - 2’109518

TABLA L. Analisis multivariante de intervenciones sobre campos de actuación.

Con este modelo se produce un buen grado de ajuste con alto nivel de significación (p<0’0009). En este modelo, la variable resultado CAMBIO (mejoría / empeoramiento), viene robustamente explicada sólo por las intervenciones que realiza la enfermería dirigidas hacia los campos de actuación específicos.

De esta forma observamos como el número de intervenciones de los campos 1, 2 y 3, influye directamente en la mejoría de los pacientes. De esta forma, aumentar las intervenciones con respecto a los campos relativos a aspectos fisiológicos básicos, a aspectos fisiológicos complejos y a aspectos conductuales, propician mejorías en nuestros pacientes con aumentos del 11’40%, 42’60% y 10’01% de CAMBIO por cada intervención más dirigida hacia cada uno de dichos campos respectivamente.

Otras intervenciones influyen también pero en sentido inverso. Excedentes de aumento en el número de intervenciones dirigidas a los campos 4 y 6 (aspectos relativos a la seguridad y a los aspectos de sistemas de salud) minoran la mejoría al alta. Así, una intervención de más en cualquiera de esos campos, dividen por 1'3 la ganancia al alta respecto a la situación de ingreso.

5. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LAS INTERVENCIONES CON LOS OBJETIVOS DE SALUD (NOC)

Dados los hallazgos anteriores que demuestran que las intervenciones de enfermeras y enfermeros, durante la estancia hospitalaria, produce una evolución favorable hacia la mejoría de los patrones de salud alterados detectados al ingreso, es pertinente analizar la influencia de estas intervenciones en la mejoría de los objetivos de salud desviados en el momento del ingreso. De esta forma analizaremos el papel que juegan en dicha mejora, tanto las intervenciones globalmente consideradas como particularizandolas según su indicación hacia objetivos de salud concretos o campos de incidencia a los que ciertos grupos de intervenciones se encuentran específicamente dirigidas.

Para ello, se ha procedido a desarrollar una estrategia de análisis multivariado mediante el ajuste de nuestros datos a modelos de regresión logística múltiple ordinal. Con ello hemos pretendido identificar las variables influyentes en la evolución de mejora de nuestros pacientes, así como la fuerza de esa influencia.

La variable resultado a estimar, es el nivel de CAMBIO (mejoría / empeoramiento) obtenido por la diferencia de valor del score de los objetivos de salud alta respecto del score al ingreso (TABLA LI), tal como se ha detallado anteriormente para los patrones.

Las variables explicativas analizadas han sido, fundamentalmente, las referidas a las intervenciones realizadas por el personal de enfermería. De esta forma se ha contabilizado el número total de intervenciones realizadas para cada enfermo, configurando dicho sumatorio una variable sintética global de intervención. Así mismo, se han generado también variables de intervención selectivas para cada patrón de salud alterado y para cada objetivo de salud. En este caso en el sumatorio de intervenciones realizadas sólo se contabilizan las específicas a acometer para ese patrón y objetivo concreto.

Del mismo modo, también se han configurado variables resultantes del recuento 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.

Con esta estrategia y esta doble consideración de las intervenciones realizadas por la enfermería, podemos por una parte valorar el peso de su influjo global sobre la mejora de los objetivos (NOC) de los pacientes. Pero, por otro lado, su agrupación por

campos (fisiológicos básicos, fisiológicos complejos, conductuales, seguridad, familiares y sistemas de salud) permite una visión más funcional del problema, ya que al estar agrupadas por dicha clasificación, distribuyéndose entre todos los patrones y no ciñéndose exclusivamente a cada uno de ellos, se propicia una mayor homogeneidad no sesgada en el análisis de sus influencias. Hay que destacar que no se han tenido en cuenta otros parámetros como son las intervenciones de otros profesionales, medicación, etc.

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 la situación diagnóstica de los mismos (psicosis esquizofrénico o trastornos del afecto). 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.

```
. ologit  NOCintervalos  DIAGNOS TRECODE EDAD SEXO, or nolog

Ordered logit estimates                Number of obs   =      100
                                          LR chi2(4)     =    90.83
                                          Prob > chi2    =   0.0000
Log likelihood = -89.137614            Pseudo R2      =   0.3375
```

Variable explicada: **CAMBIO EN OBJETIVOS DE SALUD (sumatoriototal de cambios en objetivos) (a intervalos de 10 puntos)**	**OddsRatio**	**Std.Err.**	**z**	**P>z**	**95%IntervalConf.**
TOTAL INTERVENCIONES (sumatorio número intervenciones)	1’119732	‘0178833	7’08	**0’000**	1’085224 - 1’155337
DIAGNOSTICO	7’597941	4’040899	3’81	**0’000**	2’679117 - 21’54766
EDAD EN AÑOS	‘9654065	‘0166132	-2’05	**0’041**	‘9333882 - ‘9985232
SEXO	1’100678	‘4980597	0’21	0’832	‘4534079 - 2’671968

TABLA LI. Analisis multivariante de los objetivos, las intervenciones, el dignóstico, la edad y el sexo

El resultado significativo del ajuste logístico anterior (p<0’00001), ajustado por edad, sexo y diagnóstico, nos indica que aumentar el número de intervenciones de enfermería incide en propiciar mejoría global al alta: las intervenciones de enfermería en su conjunto, son influyentes en la consecución de objetivos de los pacientes al alta.

Por otro lado, el poder de esta influencia viene dado por el Odds Ratio de esta variable que se sitúa entre 1’09 y 1’16. De esta forma, cada intervención más de enfermería aplicada a cualquier paciente, multiplica por 1’12 (1’085224 - 1’155337) la ganancia al alta respecto al objetivo de salud previsto en situación de ingreso.

No obstante esta mejoría global, vemos como la categoría diagnóstica es un factor muy influyente en la situación de mejoría global de los objetivos de salud (NOC), en el sentido de que los trastornos del afecto muestran una Odds Ratio de 7’60 respecto a la situación de psicosis esquizofrénica, tomada como basal en nuestro análisis. Por ello, hacemos un ajuste estratificado para esta situación por intentar dilucidar las diferencias para cada uno de las situaciones diagnósticas.

VALORES PARA DIAGNOSTICADOS DE PSICOSIS ESQUIZOFRENICA					
Ordered logit estimates			Number of obs = 65 LR chi2(3) = 61.40 Prob > chi2 = **0.0000**		
Log likelihood = -51.489584			Pseudo R2 = 0.3735		
Variable explicada: **CAMBIO EN OBJETIVOS DE SALUD (sumatoriototal de cambios en objetivos) intervalos de 10 puntos**	**OddsRatio**	**Std.Err.**	**z**	**P>z**	**95%IntervalConf.**
TOTAL INTERVENCIONES Sumatorio número intervenciones	1’13267	‘025484	5’54	**0’000**	1’083807 - 1’183735
EDAD EN AÑOS	‘873748	‘0292071	-4’04	**0’000**	‘8183382 - ’9329097
SEXO	2’435795	1’587716	1’37	0’172	‘6788987 -8’739298

TABLA LII. Analisis multivariante de los objetivos, las intervenciones, la edad y el sexo en los pacientes esquizofrénicos

VALORES PARA EL GRUPO TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO					
Ordered logit estimates		Number of obs = 35 LR chi2(3) = 29.69 Prob > chi2 = **0.0000**			
Log likelihood = -30.458217		Pseudo R2 = 0.3277			
Variable explicada: **CAMBIO EN OBJETIVOS DE SALUD (sumatoriototal de cambios en objetivos) (a intervalos de 10 puntos)**	**OddsRatio**	**Std.Err.**	**z**	**P>z**	**95%IntervalConf.**
TOTAL INTERVENCIONES (sumatorio número intervenciones)	1'118637	'0299381	4'19	**0'000**	1'061472 - 1'178881
EDAD EN AÑOS	1'001833	'0202013	0'09	0'928	'9630113 - 1'042219
SEXO	1'101729	'8111632	0'13	0'895	'2602351 - 4'66427

TABLA LIII. Analisis multivariante de los objetivos, las intervenciones, la edad y el sexo en los pacientes diagnósticados de tratornos del afecto

Así, observamos como el número de intervenciones incide en la mejoría de los objetivos de salud considerados globalmente para ambos estratos diagnósticos (TABLAS LII y LIII). No obstante, el poder de dicha influencia es algo mayor en el caso de los pacientes con psicosis esquizofrénica que en los afectos de trastornos del afecto (13'26% respecto al 11'86%, respectivamente, de aumento de mejoría de los objetivos por una intervención más). Ahora bien, en el caso de los tipificados como psicosis esquizofrénica, la mayor edad disminuye la mejoría en el sentido de dividir ésta por 1'14 para cada aumento de un año en la edad de estos pacientes. Esta influencia negativa de la edad, no se .produce en el caso del otro tipo diagnóstico (trastornos del estado de ánimo).

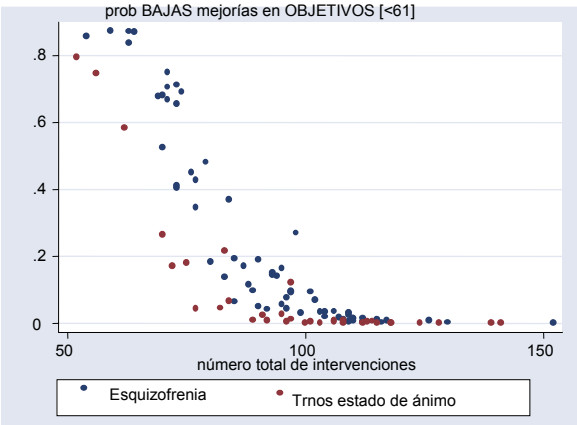

Figura 7. Intervenciones-"bajas" mejorias

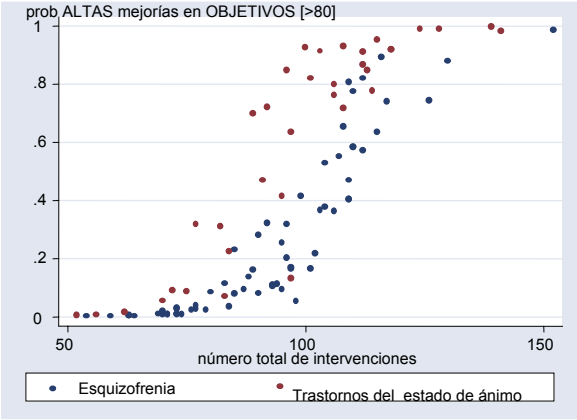

Figura 8. Intervenciones-"altas" mejorías

En las figuras 7 y 8 expresamos gráficamente la influencia del número de intervenciones sobre las "bajas" y "altas" mejorias. Las ordenadas de las gráficas expresan la probabilidad de obtener mejorías (ajustadas para las variables del modelo) y para el número de intervenciones realmente producidas en cada uno de nuestros pacientes. Se observa como para la gráfica relativa a "bajas" mejorías (cambios entre alta e ingreso del sumatorio de objetivos iguales o inferiores a 60 puntos de ganancia) la nube de puntos se eleva en la izquierda: conforme el número de intervenciones disminuye de 100, aumenta la probabilidad de obtener "bajas" mejorías. En el caso de la gráfica relativa a "altas" mejorías (cambios entre alta e ingreso del sumatorio de objetivos iguales o mayores de 80 puntos de ganancia), la nube de puntos se eleva hacia la derecha: cuando el número de intervenciones de enfermería aumenta, la probabilidad de obtener "altas" mejorías aumenta también.

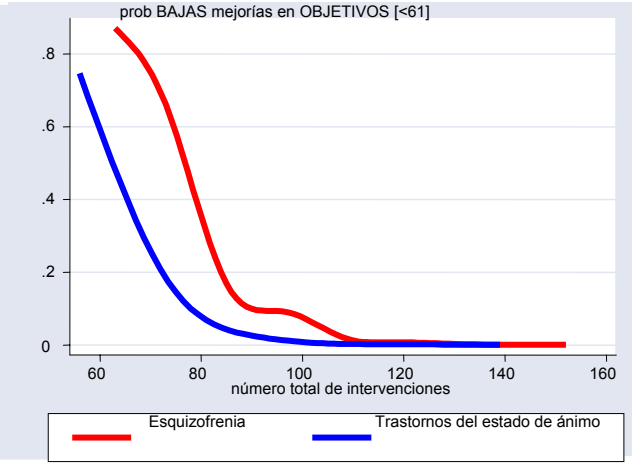

Figura 9. Ajuste semicuadrático (intervenciones-"bajas" mejorías)

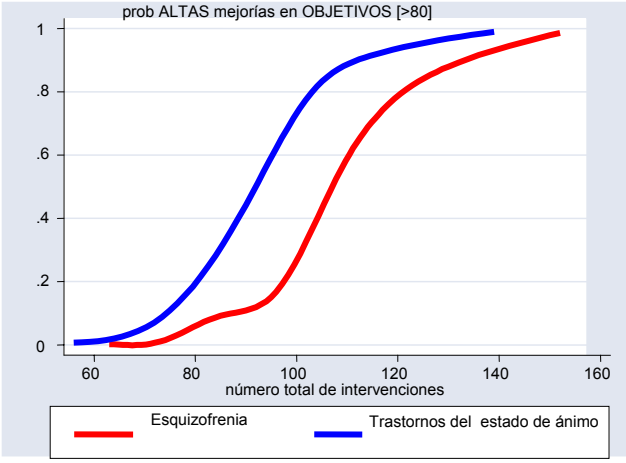

Figura 10. Ajuste semicuadrático (intervenciones-"altas" mejorías)

El ajuste semicuadrático de los puntos obtenidos permite observar como se diferencian las líneas correspondientes a cada uno de los diagnósticos, en ambas situaciones "bajas" y "altas" mejorías (figuras 9 y 10). Como en las gráficas anteriores, aquí también las ordenadas de las gráficas expresan la probabilidad de obtener mejorías para el global de objetivos de salud (ajustadas para las variables del modelo) y en

abcisas se sitúa el número de intervenciones realmente producidas en cada uno de nuestros pacientes. Observamos en ellas, igual que anteriormente, como la realización de más intervenciones, cualesquiera que sea el status diagnóstico de nuestros pacientes, incide en el sentido de la mejoría.

Sin embargo, el ajuste semicuadrático permite apreciar de forma clara la segregación en dos niveles basales de cara a la mejoría al alta, según los diagnósticos: uno con menores niveles de ganancia absoluta para los enfermos con psicosis esquizofrénica y otro de mayor nivel de ganancia para los pacientes con trastornos del estado de ánimo. Independientemente de ello, la influencia del incremento de intervenciones globales, incide en la mejoría de ambos grupos de forma muy semejante.

Ahora procederemos a ver la influencia que las intervenciones de enfermería, particularizadas por campo de actuación (TABLA LIV), tienen sobre la mejoría de nuestros pacientes.

xi:ologit *CAMBIO_en OBJETIVOS NOC* -campo1 INTERVENCIONES-campo2 // INTERVENCIONES-campo3 INTERVENCIONES-campo4 INTERVENCIONES-campo5 // INTERVENCIONES-campo6 DIAGNOSTICO EDAD SEXO

DIAGNOSTICO(esquizofrenia)=base de comparación

Ordered logit estimates — Number of obs = 100
LR chi2(9) = 98.82
Prob > chi2 = **0.0000**

Log likelihood = -85.140764 — Pseudo R2 = 0.3672

Variable explicada: **CAMBIO EN OBJETIVOS DE SALUD** (sumatoriototal de cambios en objetivos) (a intervalos de 10 puntos)	**OddsRatio**	**Std.Err.**	**z**	**P>z**	**95%IntervalConf.**
TOTAL INTERVENCIO CAMPO 1	1’191518	‘0710997	2’94	**0’003**	’060005 - 1’339347
TOTAL INTERVENCIO CAMPO 2	1’405023	‘2313119	2’07	**0’039**	’017532 - 1’940075
TOTAL INTERVENCIO CAMPO 3	1’088081	‘0406338	2’26	**0’024**	’011285 - 1’170709
TOTAL INTERVENCIO CAMPO 4	1’149654	‘1121491	1’43	0’153	9495811 - 1’391881
TOTAL INTERVENCIO CAMPO 5	1’099561	‘0701013	1’49	0’137	9704021 - 1’24591
TOTAL INTERVENCIO CAMPO 6	‘9623464	‘1187418	-0’31	0’756	7556202 - 1’22563
DIAGNOSTICO (trastornos del afecto)	6’106419	3’51398	3’14	**0’002**	’976774 - 18’86324
EDAD EN AÑOS	‘9657623	‘0175959	-1’91	0’056	9318835 - 1’000873
SEXO	1’121433	‘5337108	0’24	0’810	4412354 - 2’850204

TABLA LIV. Análisis multivariante entre intervenciones y objetivos de salud por campos de intervención.

Con este modelo se produce un excelente grado de ajuste con alto nivel de significación (p<0’00001). En este modelo, la variable resultado CAMBIO EN OBJETIVOS DE SALUD (mejoría / empeoramiento) viene robustamente explicada por las intervenciones que realiza la enfermería dirigidas hacia los campos de actuación específicos.

De esta forma, observamos como el número de intervenciones sobre los campos 1, 2 y 3 influye directamente en la mejoría de los pacientes, por lo que aumentar las intervenciones con respecto a los campos de aspectos fisiológicos básicos, aspectos

fisiológicos complejos y aspectos conductuales, propicia mejorías en nuestros pacientes con aumentos del 19'15%, 40'50% y 8'81% de CAMBIO por cada intervención más dirigida hacia dichos campos.

Las otras intervenciones influyen también en dicho sentido, pero no alcanzando grado de significatividad por sí mismas, aunque contribuyen a la explicación del cambio.

6. ANALISIS DE LA RECOGIDA DE DATOS

Un aspecto importante de nuestro estudio es la forma en que la Enfermería refleja las intervenciones que realiza a los pacientes. La forma de obtención de estos datos se ha tipificado en transcrita, verbalizada y por observación. Hemos analizado la concordancia en la consignación de las intervenciones realizadas bajo las distintas formas de recogida (transcrita, verbalizada y por observación) y para ello hemos utilizado el índice kappa de Cohen que mide el exceso de concordancia por encima del puro azar; así mismo, es posible realizar un estadístico para contrastar el valor del índice kappa sobre cero. No obstante, para la valoración efectiva de la concordancia hemos seguido el criterio habitual que se expone en la TABLA LV.

Valor de kappa	*Fuerza de la concordancia*
< 0.20	***Pobre***
0.21 – 0.40	***Débil***
0.41 – 0.60	***Moderada***
0.61 – 0.80	***Buena***
0.81 – 1.00	***Muy buena***

TABLA LV. Valoración del índice kappa

Para la realización de este contraste, en el conjunto de nuestro estudio, se han reseñado 10.250 actos de intervención que podrían haber sido realizados sobre todos nuestros pacientes. Para cada uno de dichos actos se ha reflejado la realización o no de cada intervención concreta a desarrollar por el personal de Enfermería durante el ingreso hospitalario de los pacientes. Estos items que expresan los actos de

intervención, a su vez, solo pueden presentar dos valores: se consigna que SI se ha realizado o NO se consigna su realización; esto se refleja así para cada uno de los tipos de recogida u obtención de datos (transcrita, verbalizada y por observación). La distribución de estos valores y tipos de obtención se reflejan en la TABLA LVI.

TOTAL DE ACTOS DE INTERVENCIÓN PREVISTOS EN LOS 100 PACIENTES		
TOTAL ACTOS INTERVENCIÓN POSIBLES PRE-VALORACIÓN DE PACIENTES: 10250		
Tras valoración de pacientes al ingreso	***NO REALIZAR***	***SI REALIZAR***
TOTAL DE ACTOS	**809**	**9.442**
PORCENTAJE	**7,89**	**92,11**
Verbalizada	*Frecuencia*	*Porcentaje*
NO	***4462***	***43.53***
SI	***5788***	***56.47***
TOTAL	***10250***	***100***
Transcrita		
NO	***6755***	***65.90***
SI	***3495***	***34.10***
TOTAL	***10250***	***100***
Observación		
NO	***952***	***9.29***
SI	***9298***	***90.71***
TOTAL	***10250***	***100***

TABLA LVI. Distribución de los datos recogidos en el estudio por el personal de enfermería, según el tipo de recogida

A partir de los datos anteriores hemos obtenido los índices de kappa para cada una de las concordancias entre pares de intervenciones y cada uno de los diferentes tipos de obtención o recogida de los datos. Del mismo modo hemos estudiado la concordancia global y conjunta entre la previsión de intervenciones y todas las modalidades de recogida de datos.

Kappa para el conjunto de intervenciones Previstas: Verbalizadas, Transcritas y Observadas

```
Two-outcomes, multiple raters:
      Kappa       Z       Prob>Z
      ----------------------------
      0'1792     44.43     0'0000
```

La concordancia conjunta para los tres tipos de recogida de datos y lo que estaba previsto muestra un valor de 0.1792 que podemos calificar como de pobre concordancia. Esto indica que la consignación o "narración" de las intervenciones no se realiza con la misma exhaustividad prevista cuando se "transcriben" que cuando se "verbalizan" o que cuando se "observan" (TABLA LVII).

kappa Previsto-Transcrito				
Concord. esperada	Concordancia	IC 95%	kappa	IC 95%
36,62%	41,73%	40,77 – 42,69	0,081	-0,035 – 0,234
kappa Previsto-Verbalizado				
Concord. esperada	Concordancia	IC 95%	kappa	IC 95%
55,45%	64,21%	63,27 – 65,14	0,197	-0,017 – 0,083
kappa Previsto-Observado				
Concord. esperada	Concordancia	IC 95%	kappa	IC 95%
84,30%	97,61%	97,30 - 97,90	0,848	0,454 – 0,865

TABLA LVII . Concordancia entre previsto y las distintas formas de recogida de datos

Del análisis de la concordancia realizado por pares se observa un orden de concordancia creciente en cuanto a la consignación de las diferentes intervenciones (41,73% si transcritas, 64,21% si verbalizadas y 97,61 si observadas); no obstante, solo en el caso de lo observado esa concordancia obtiene un índice kappa significativo y calificable como muy bueno (0,848).

De esta forma y con nuestros datos, se manifiesta que hay una infradeclaración de intervenciones en caso de ser transcritas o verbalizadas; pudiera desprenderse de ello que la enfermería psiquiátrica tiende a realizar muchas más intervenciones de las que luego narra o refleja por escrito. El número de intervenciones "observadas" alcanza un nivel concordantemente próximo al nivel del previsto para cada uno de los enfermos.

También hemos analizado el grado de concordancia entre los tipos de recogida de datos para cada patrón (TABLAS LVIII a LXVIII), reseñándose el diverso grado de concordancia en cada uno de ellos; solo en el patrón de salud 3 (eliminación-excretas) se observa una concordancia moderada (índice kappa de 0.5768), mientras que en los restantes patrones la concordancia es pobre o débil.

Verbalizada	*Frecuencia*	*Porcentajes*
NO	***919***	***42.86***
SI	***1225***	***57.14***
TOTAL	***2144***	***100***
Transcrita		
NO	***1313***	***61.24***
SI	***831***	***38.76***
TOTAL	***2144***	***100***
Observación		
NO	***269***	***12.55***
SI	***1875***	***87.45***
TOTAL	***2144***	***100***
Indice kappa = 0.2836		

TABLA LVIII. Análisis del tipo de recogida de datos en el patrón 1 (percepción-manejo de salud)

Verbalizada	*Frecuencia*	*Porcentajes*
NO	***122***	***35.88***
SI	***218***	***64.12***
TOTAL	***340***	***100***
Transcrita		
NO	***179***	***52.65***
SI	***161***	***47.35***
TOTAL	***340***	***100***
Observación		
NO	***41***	***12.06***
SI	***299***	***87.94***
TOTAL	***340***	***100***
Indice kappa = 0.3578		

TABLA LIX. Análisis del tipo de recogida de datos en el patrón 2 (nutricional metabólico)

Verbalizada	*Frecuencia*	*Porcentajes*
NO	***88***	***33,46***
SI	***175***	***66.54***
TOTAL	***263***	***100***
Transcrita		
NO	***108***	***41.06***
SI	***155***	***58.94***
TOTAL	***263***	***100***
Observación		
NO	***46***	***17.49***
SI	***217***	***82.51***
TOTAL	***263***	***100***
Indice kappa = 0.5768		

TABLA LX. Análisis del tipo de recogida de datos en el patrón 3 (eliminación)

Verbalizada	*Frecuencia*	*Porcentajes*
NO	***653***	***47.22***
SI	***730***	***52.78***
TOTAL	***1383***	***100***
Transcrita		
NO	***893***	***64,57***
SI	***490***	***35.43***
TOTAL	***1.383***	***100***
Observación		
NO	***207***	***14,97***
SI	***1.176***	***85.03***
TOTAL	***1.383***	***100***
Indice kappa = 0.3145		

TABLA LXI. Análisis del tipo de recogida de datos en el patrón 4 (actividad-ejercicio)

Verbalizada	*Frecuencia*	*Porcentajes*
NO	***200***	***35.97***
SI	***356***	***64.03***
TOTAL	***556***	***100***
Transcrita		
NO	***288***	***51.80***
SI	***268***	***48.20***
TOTAL	***556***	***100***
Observación		
NO	***17***	***3.06***
SI	***539***	***96.94***
TOTAL	***556***	***100***
Indice kappa = 0.2019		

TABLA LXII. Análisis del tipo de recogida de datos en el patrón 5 (sueño-descanso)

Verbalizada	*Frecuencia*	*Porcentajes*
NO	***522***	***34.32***
SI	***999***	***65.68***
TOTAL	***1.521***	***100***
Transcrita		
NO	***858***	***56.41***
SI	***663***	***43.59***
TOTAL	***1.521***	***100***
Observación		
NO	***29***	***1.91***
SI	***1.492***	***98.09***
TOTAL	***1.521***	***100***
Indice kappa = 0.1355		

TABLA LXIII. Análisis del tipo de recogida de datos en el patrón 6 (cognitivo-conductual)

Verbalizada	*Frecuencia*	*Porcentajes*
NO	***563***	***47.39***
SI	***625***	***52.61***
TOTAL	***1.188***	***100***
Transcrita		
NO	***880***	***74.07***
SI	***308***	***25.93***
TOTAL	***1.188***	***100***
Observación		
NO	***108***	***9.09***
SI	***1.080***	***90.91***
TOTAL	***1.188***	***100***
Indice kappa = 0.0982		

TABLA LXIV. Análisis del tipo de recogida de datos en el patrón 7 (autopercepción-autoconcepto)

Verbalizada	*Frecuencia*	*Porcentajes*
NO	***655***	***51.25***
SI	***623***	***48.75***
TOTAL	***1.278***	***100***
Transcrita		
NO	***1043***	***81.61***
SI	***235***	***18.39***
TOTAL	***1.278***	***100***
Observación		
NO	***101***	***7.90***
SI	***1.177***	***92.10***
TOTAL	***1.278***	***100***
Indice kappa = -0.0054		

TABLA LXV. Análisis del tipo de recogida de datos en el patrón 8 (rol-relaciones)

Verbalizada	*Frecuencia*	*Porcentajes*
NO	***194***	***57.40***
SI	***144***	***42.60***
TOTAL	***338***	***100***
Transcrita		
NO	***255***	***75.44***
SI	***83***	***24.56***
TOTAL	***338***	***100***
Observación		
NO	***32***	***9.47***
SI	***306***	***90.53***
TOTAL	***338***	***100***
Indice kappa = 0.0310		

TABLA LXVI. Análisis del tipo de recogida de datos en el patrón 9 (sexualidad-reproducción)

Verbalizada	*Frecuencia*	*Porcentajes*
NO	***500***	***43.52***
SI	***649***	***56.48***
TOTAL	***1.149***	***100***
Transcrita		
NO	***864***	***75.20***
SI	***285***	***24.80***
TOTAL	***1.149***	***100***
Observación		
NO	***99***	***8.62***
SI	***1.050***	***91.38***
TOTAL	***1.149***	***100***
Indice kappa = 0.0761		

TABLA LXVII. Análisis del tipo de recogida de datos en el patrón 10 (adaptación-tolerancia al estres)

Verbalizada	*Frecuencia*	*Porcentajes*
NO	***46***	***51.11***
SI	***44***	***48.89***
TOTAL	***90***	***100***
Transcrita		
NO	***74***	***82.22***
SI	***16***	***17.78***
TOTAL	***90***	***100***
Observación		
NO	***3***	***3.33***
SI	***87***	***96.67***
TOTAL	***90***	***100***
Indice kappa = -0.0901		

TABLA LXVIII. Análisis del tipo de recogida de datos en el patrón 11 (valores y creencias)

V. DISCUSIÓN

Si bien Poletti[100] entiende que los cuidados de enfermería empezaron con el hombre, cuando un ser humano ayudó a otro a realizar actos cotidianos como lavarse, alimentarse etc. que no era capaz de hacer por sí mismo, no es hasta la segunda mitad del siglo XIX en que F. Nightingale les da un carácter científico a dichos cuidados[101] .

Desde la aparición del marco conceptual de carácter naturalista de esta autora hasta la actualidad, han surgido diferentes modelos teóricos que

han conceptualizado las diferentes formas de organizar los cuidados, dependiendo de las demandas de salud en cada periodo histórico y de las diferentes estructuras de organización social.

Según esto, la organización de los cuidados está condicionada por diversos factores sincrónicos y diacrónicos, que configuran los cuatro elementos metaparadigmáticos de modelos de cuidados: concepto de persona, concepto de salud, entorno y cuidado[102], que varian según el pensamiento dominante en cada periodo histórico y según las diferentes culturas en las que se realizan.

En los últimos años se han desarrollado numerosas publicaciones de trabajos científicos realizados por grupos de enfermeras y enfermeros en el ámbito de los cuidados de salud que, utilizando la evidencia basada en práctica, han intentado demostrar la repercusión positiva de la detección de problemas, intervenciones en la resolución de los problemas detectados y definiendo objetivos de salud que se esperan alcanzar, en un intento de definir la importancia de su actividad asistencial y la repercusión de dicha actividad en el beneficio de salud[103].

Toda disciplina, necesita un lenguaje estandarizado que defina claramente su marco conceptual y en Enfermería esta necesidad se ha plasmado en la elaboración de diversas Taxonomías[104] que, partiendo de diferentes principios, se han manifestado en el ámbito asistencial. Algunos autores como Galao M. et al [105], desde una perspectiva fucaultiana, plantean, que el modelo de enfermería transcultural lleva implicito una cuestión de poder corporativo frente al poder médico, en nuestra opinión, la necesidad

---

[100] Poletti R *Cuidados de enfermería: tendencies y conceptos actuales.* Barcelona Rol 1980
[101] Nightingale F. *Notes of Nursing. What is and What it is not?* London Harrison 1914
[102] Op.Cit 5
[103] Munro N. *Evidence –based assessment: no more pride or prejudice*. Clinic Issues 2004; 15: 501- 505
[104] The North American Nursing Diagnosis (NANDA); Standard Classification of Diagnostic Terms (The Dutch Council of Public Health Project in the Nederlands); International Classification for Nursing Practice (ICNP) (Mortensen 1997); International Council of Nurses (ICN) 1999; Nursing Interventions Classification (University of Iowa) (McCloskey J., Bulechek G. 1996); Nursing Outcomes Classification (University of Iowa) (Jhonson M. Maas M. and Moorhead S. 2001)
[105] Galo et al http://www.index-f.com/evidentia/n4/99articulo.php (15 de Febrero 2005)

de disponer de una base conceptual y una epistemología específica que defina el campo de actuación, permita su estudio y la transmisión de conocimientos de un área de las ciencias de la salud como es la Enfermería, es básica para el desarrollo de la profesión.

El objetivo común a las diversas taxonomias se ha centrado fundamentalmente en conceptualizar cada uno de los problemas, intervenciones y objetivos de salud, clasificarlas y codificarlas para poder ser computarizadas y posteriormente estandarizadas[106], lo que se ha dado en llamar la "enfermería basada en la evidencia".

Dichas taxonomías se han realizado como resultado de la experiencia de profesionales utilizando la observación como instrumento, teniendo en cuenta tanto la perspectiva "emic" como la "etic"; es decir, de lo que dicen que hacen y lo que hacen de forma empírica y que por estar integrado en su actividad cotidiana no lo destacan como importante[107].

En el campo de salud mental, la utilización de una taxonomía enfermera, repercutiría favorablemente en la organización del equipo terapéutico, ya que al delimitar funciones, definiría a su vez el campo de actuación propio de la enfermería, evitando intromisiones con las otras profesiones que lo configuran.

En el Estado Español la preocupación por adoptar el lenguaje común de la práctica enfermera, ha venido de mano de la AENTDE y se ha plasmado en diversos Congresos de carácter mundial (Pamplona 2000, Valencia 2004), donde se han puesto las bases para facilitar la computarización del proceso de cuidados, instrumento imprescindible como base de documentación a partir de la cual se estructure la enfermería basada en la evidencia; así mismo, desde el ISICS (Instituto Superior de Investigaciones para la Calidad Sanitaria)[108], el Consejo General de Enfermería por medio del proyecto NIPE se intenta normalizar por medio de expertos, la nomenclatura de la recogida, síntesis y organización de datos siguiendo la propuesta de Gordon M. [109] referente a los patrones de salud, de la taxonomía de las respuestas[110] y de las intervenciones de enfermería[111].

---

[106] Alfred SK, Smith KF, Flowers L. *Electronic implementation of national nursing standars. NANDA, NOC and NIC as an effective teaching tool.* Health Inf Manag 2004; 18: 56-60
[107] Op Cit. 35
[108] http://www.nipe.enfermundi.com/servlet/Satellite?cid=1071155509232&pagename=NIPE%2Fplantilla_generica
[109] Op Cit 43
[110] Op Cit 49

Para la discusión, hemos dividido nuestros resultados en cuatro apartados:

1º Detección y gradación de Patrones funcionales

Los patrones que se presentan 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".

En nuestra opinión, la mayor frecuencia en la detección de estos patrones se debe a que en Enfermería Psiquiatríca se da mayor importancia a los problemas de tipo cognitivo y conductuales, así como a su repercusión sobre otros patrones funcionales, mientras que se detectan menos los patrones específicamente fisiológicos, tal como hemos demostrado en trabajos anteriores[112],[113],[114],[115].

En nuestros resultados se observa una contradicción entre la detección de patrones alterados y los campos de intervenciones que realizan las enfermeras en la solución de problemas, en las que destacan como más frecuentes y más efectivas las agrupadas en los campos fisiológico básico, fisiológico complejo y conductuales, presentando una impronta menor las intervenciones de tipo seguridad, familiar y sistemas de salud.

Esta contradicción puede deberse a diversos factores; por una parte, el escenario donde se ha desarrollado el estudio, ya que se trata de una unidad de corta estancia donde ingresan, principalmente, pacientes con brotes agudos con alteraciones importantes de tipo fisiológico, aunque en muchas ocasiones éstas son una repercusión de las alteraciones cognitivas y conductuales; por otra, 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, en tercer lugar, la dependencia histórica de la enfermería al paradigma médico de la asistencia, hace que

---

[111] Op Cit 62
[112] Op Cit 57
[113] Op Cit 58
[114] Op Cit 59
[115] Op Cit 60

el personal de enfermería destaque más las intervenciones interdependientes vinculadas a dicho modelo que a las independientes de enfermería.

Según nuestros resultados, la evolución de los patrones funcionales analizados de forma global, en tanto dura la estancia hospitalaria, evolucionan favorablemente en todos los casos del estudio, si bien la evolución no es igual en todos los patrones.

La detección de patrones funcionales en el ingreso tiene un carácter predictivo, de forma que se establece una relación directa entre el valor que se da a los patrones alterados en los pacientes en el momento del ingreso y el que se da al ser dados de alta hospitalaria, de tal manera que a mayor/menor valoración al ingreso mayor/menor valoración al alta.

Aunque la tendencia a la mejoría de los patrones se observa en todos los pacientes, existen diferencias significativas; así, considerando la media de mejora entre los 20 y 31 puntos de ganacia en el momento del alta, 84 pacientes se encontrarían en este grupo, mientras que un grupo de 9 pacientes son dados de alta con una mejoría por debajo de la como media o estandar y, por el contrario, 7 pacientes que serían dados de alta con una mejora superior a la media.

Las colas por debajo y superiores a la media, vendrían justificados por el estado de ingreso de los pacientes; mientras que un grupo presentaría patrones muy alterados al ingreso por el deterioro psicosocial resultante de la enfermedad, lo que conlleva que la mejoría al alta fuera menor, otro grupo con mejoría al alta significativamente superior a la media presentaba un menor deterioro en el momento del ingreso. Por ello, según nuestros datos, el grado de alteración de los patrones al ingreso tienen carácter predictivo respecto a la evolución de estos patrones en tanto dura su estancia hospitalaria.

Aunque en todos los patrones se detecta una mejoría, existe una relación directa entre intervenciones enfermera y altas-bajas mejorías; esta relación se observa en las figuras 3 y 4 objetivandose que el aumento de intervenciones repercute positivamente en la evolución del paciente: cuando las intervenciones son inferiores a 100, la probabilidad de mejoría es baja y, por el contrario, cuando las intervenciones son mayores de 100 la tendencia a presentar altas mejorías aumenta.

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.

2º Detección y gradación de respuestas alteradas

Las respuestas que se presentan con mayor frecuencia en el grupo de estudio son: "protección ineficaz", "trastorno de los procesos del pensamiento", "conflicto de decisiones", "deterioro en la interacción social", "riesgo de lesión, intoxicación, trauma, etc.", "ansiedad", "incumplimiento del tratamiento", "aislamiento", "manejo ineficaz del régimen terapéutico", "deterioro en el manejo del hogar", "déficit de actividades recreativas", "afrontamiento inefectivo", "deterioro en la adaptación", "deterioro del patrón del sueño" y "interrupción de los procesos familiares". En la mayoría de los casos, estas respuestas del paciente 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 respuesta que aparece en menor medida es "bienestar espiritual", al igual que ocurre en el patrón "valores y creencias"; en nuestra opinión, se debe a la falta de comprensión de esta respuesta por el personal de enfermería, que lo vincula fundamentalmente a creencias religiosas ignorando otros aspectos culturales que llevan al paciente al estigma, a la marginación y por ende al aislamiento .

La detección de las respuestas alteradas, así como la evolución de las mismas, coincide con estudios anteriores realizados por nuestro grupo de trabajo[116],[117],[118],[119].

Nuestro estudio en cambio, no coincide totalmente con los resultados descritos por Frias VM et al[120], que en un trabajo retrospectivo, observan como diagnósticos enfermeros de mayor frecuencia en una unidad sociosanitaria de asistencia geriátrica los siguientes: "alteración de los patrones del sueño", "déficit de autocuidados (alimentación)", "déficit de autocuidados (baño-higiene)", "déficit de autocuidados (vestido-acicalamiento)", "estreñimiento", "trastorno de la movilidad física" e "incontinencia urinaria funcional".

Según nuestro trabajo, la respuesta "alteración de patrón de sueño" se presentó en 81 pacientes al ingreso con diferentes valores de gravedad (moderado, alterado o muy alterado), pero aún así no se encuentra entre los diagnósticos más frecuentes, al

[116] Op Cit 88
[117] Op Cit 89
[118] Op Cit 90
[119] Op Cit 91

igual que ocurre con los derivados de autocuidados, la movilidad física y el estreñimiento, que aunque su detección ha sido significativa, no son los más destacables y, por otra parte, la incontinencia o retención urinaria, no nos aparecen con una frecuencia elevada. En nuestra opinión, esto se debe a que ambos estudios se han realizado en ámbitos diferentes, con características particulares en cada uno de ellos, mientras que Frías centra su trabajo en una población anciana, nuestros pacientes presentan una media de edad de 37.7 ± 15.4; así mismo, las características de la unidad de estudio, también marcan diferencias significativas, mientras que el trabajo de Frias se realiza en una unidad de media y larga estancia, el nuestro se ha realizado en un unidad de corta estancia con pacientes con trastornos psiquiátricos agudos. Por último, nuestro estudio es de tipo prospectivo y el de Frias es retrospectivo.

La detección de respuestas que manifiestan la alteración de un patrón presentan un carácter predominante de tipo psicosocial sobre las de tipo fisiológico, confirmando estudios previos similares realizados por nuestro equipo[121],[122],[123],[124]; ocurre de forma semejante con la detección de patrones alterados. La explicación de la no coincidencia de las intervenciones enfermeras (transcritas) predominatemente de tipo fisiológico básico, fisiológico complejo y conductual se debería a que la enfermera de forma empírica realizaría intervenciones de tipo seguridad, familiar y de sistemas de salud, pero éstas estarían tan integradas en su quehacer cotidiano que no las consideraría destacables para ser trasmitida y, por parte, además por su formación en algunos casos excesivamente de tipo biomédico, destacarían más las actividades fisiológicas que las realizadas en la solución de problemas de tipo social y cultural .

3º. Detección y gradación de Objetivos

La organización de los cuidados por objetivos de salud no es una idea nueva y venía aconsejada por diversos autores, pero la importancia del desarrollo de la taxonomía epistemológica propuesta por el grupo de Iowa radica en plantear los objetivos desde la perspectiva enfermera, incluyendo aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

---

[120] Frias VM, Anguera M, Rius MM, Martinez E. *Diagnósticos enfermeros en una unidad sociosanitaria de asistencia sociogeriátrica.* Enfermería Clínica 2005; 15:71-5
[121] Op Cit 57
[122] Op Cit 59
[123] Op Cit 60
[124] Op Cit 79

Según nuestros resultados, de los 11 niveles de objetivos tomados de los propuestos por la taxonomía NOC [125] se han presentado con mayor frecuencia los siguientes: "nivel de desviación del rasgo fisológico", "nivel de adecuación de conducta", "grado de seguridad" y "competencia social"; mientras que con menor frecuencia se encuentra "creencias sobre la salud". En nuestra opinión, como hemos dicho anteriormente, los objetivos de salud que marcan las enfermeras y los enfermeros, centrados principalmente en los aspectos fisiológicos, conductuales y de seguridad, pasando a un segundo plano las aspectos creenciales del paciente, responde a una visión biomédica propia de las salas de hospitalización (como se muestra en las intervenciones), donde no se da suficiente importancia a los aspectos culturales que influyen en la visisón que el paciente tiene sobre su propia salud.

Cuando analizamos la consecución de objetivos en tanto dura la estancia hospitalaria, encontramos que, con diferentes valores, todos evolucionan favorablemente en los dos grupos de pacientes (esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo), pero en el grupo de esquizofrenias los objetivos de salud esperados se alcanzan en menor medida que en lo pacientes diagnosticados de trastornos del estado de ánimo. Ello, probablemente, obedezca a que el deterioro que se presenta en los pacientes con psicosis esquizofrenica es mayor al presentado en los pacientes con trastornos del estado de ánimo, por lo que los objetivos también son más difíciles de conseguir.

Al igual que ocurría con la relación entre campos de intervenciones y respuestas, se observa entre campos de intervenciones y la consecución de objetivos, ya que se obtiene una significación estadística entre las intervenciones de los campos fisiológico básico, fisiológico complejo y conductual, mientras que la significación de los otros grupos de intervenciones es menor.

Cuando relacionamos los objetivos alcanzados en función de la edad, encontramos una relación inversamente proporcional a la edad, ya que a mayor edad, los objetivos alcanzados son menores y viceversa; este hallazgo, en cierta manera, está justificado por el mayor grado de alteraciones psicosociales presente en los enfermos mentales mayores respecto a los más jóvenes y de ahí que su capacidad para alcanzar objetivos de salud también sea menor.

De igual manera ocurre cuando comparamos los objetivos previstos en nuestros dos grupos de pacientes, observando que se alcanzan en mayor medida en los pacientes

[125] Op Cit 92

con trastornos del estado de ánimo, a pesar de que el número de intervenciones realizadas sea mayor en los trastornos esquizofrénicos.

Esto se debe, en parte, a que las alterciones de tipo psicosocial son mayores en los pacientes esquizofrénicos que en los pacientes con trastornos del estado de ánimo, por lo que la mejoría global al alta en aquellos es menor.

4º Intervenciones realizadas y recogida de las mismas

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.).

Los grupos de intervenciones más realizadas son las agrupadas en los campos fisiológico básico, fisiológico complejo y conductual; los otros 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.

No coincidimos con el trabajo realizado por Choi JK, et al (2003)[126] que observan mayor número de intervenciones en los campos de seguridad y promoción en la Comunidad que en el campo fisiológico básico, fisiológico complejo y conductual.

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 y se observa que cuando las intervenciones son inferiores a 100, la probabilidad de mejora es menor (baja mejoría), mientras que cuando las intervenciones son superiores a 100, la probabilidad de mejora es más elevada (alta mejoría). Esta situación se plantea de forma similiar en los dos grupos de nuestro estudio, trastornos del estado de ánimo y esquizofrenias, aunque en mayor medida en los tratornos del estadfo de ánimo.

En esta línea, algunas universidades norteamericanas, principalmente, destacan que en Enfermería sería necesario dar una formación más de corte

[126] Choi JK, Kim HS, Park MS. A Correlation Study of Perceived Importance of Nursing interventions with Perfomance Frecuency in Psichiatric Nursing Units Using the 3th NIC Tachan Kanho Hakhoe Chi 2003; 33(1):95-103

antropológico que faculte a los profesionales a dar respuestas más de tipo bio-psico-social, donde lo transcultural sea una pieza clave en los cuidados[127],[128].

La interrelación entre mejoría, sí las intervenciones son mayores de 100, y la tendencia a pasar de "baja mejoría" a "alta mejoría" se debe, en nuestra opinión, a que el mayor número de intervenciones implica una mayor proximidad y contacto con el paciente, lo que conduce a una mayor empatía que repercute positivamente en la evolución de las respuestas alteradas.

El estudio realizado con el método PRN en 1992[129] destacaba que el módulo "cuidados directos" y "comunicación en relación al cliente", en nuestro estudio "campo fisiológico básico, fisiológico básico" y " conductual", correspondía al 41% del tiempo de dedicación de enfermería, de forma similar a nuestros datos.

El aumento de las intervenciones del campo conductual y familiar mejora la evolución de los patrones 3 y 5. El aumento de las intervenciones del campo conductual y de seguridad mejora el patrón 6. El aumento de intervenciones del campo fisiológico básico, fisiológico complejo y sistemas de salud, mejora los patrones 1 y 2.

La comparación entre las intervenciones previstas y las realizadas tomadas por las tres fuentes (verbalizadas, transcritas y observadas) son significativas, igual ocurre cuando éstas son tomadas de la verbalización, transcripción y observación, lo que indica que las intervenciones realizadas por el personal de enfermería sí responden a las propuestas por el protocolo de recogida de datos (Anexo V).

Las diferencias entre la información verbalizada, la transcrita y la recogida por medio de la observación participante, presenta diferencias significativas a favor de las observadas, disminuyen las verbalizadas y aún disminuyen más las transcritas.

Esto se debe a diversos factores ya descritos, como: a) la formación de las enfermeras y los enfermeros sigue paradigmas médicos; b) la inclusión de intervenciones como hechos cotidianos que no necesitan ser descritos o destacados; c) la falta de especialización y conocimientos específicos en el uso de taxonomías estandarizadas, en algunos casos; d) la falta de reconocimiento social de la enfermería repercute en la autoestima profesional, considerando que los problemas que detecta y resuelve no son destacables y por lo tanto, no es importante su transcripción y e) de

[127] Spector R. *Cultural diversity in health and illness.* Stanford. Appelton-Lang. 2000
[128] Leininguer M. *Nursing and antropology: Two worlds to blend* Columbus Greyden press 1994
[129] Op. Cit 94

forma importante, la falta de personal suficiente que permita informatizar los problemas detectados, los objetivos de salud que se pretenden alcanzar, las intervenciones que se realizan y los resultados obtenidos. Estos factores que hemos enunciado son similares a los descritos por Raña et al[130].

Si comparamos nuestro trabajo con las conclusiones del estudio del PRN, coincidimos en el bajo nivel de cumplimentación de registros en las hojas de observación, solo el 20% de las esperadas, sobre todo las realizadas al alta hospitalaria.

Según nuestro datos, al no estar recogida toda la información, en algunos casos ni siquiera la más significativa, se dificulta en gran media los estudios retrospectivos que quieran realizarse sobre la intervenciones de enfermería en salud mental.

---

[130] Raña CD, Pita R, Conceiro A, Fernandez I,Garcia CM. *Opinión de las enfermeras de atención primaria en el área sanitaria de A Coruña sobre la utilización de los diagnósticos de enfermería*. Enfermería Clínica 2004; 14:77-82. "los factores que influyen en la no utilización de los diagnósticos de enfermería en atención primaria se centrarían principalmente, según exalumnos, en: complejidad de la estructura y vocabulario, falta de formación, déficit de recursos, interés personal del profesional, algunos profesionales lo consideran innecesario y según los profesionales en: modelo médico hegemónico, convivencia de distintos modelos de atención, heterogeneidad de los profesionales, recursos humanos insuficientes, inmovilismo y falta de motivación, incertidumbre de la efectividad de los diagnósticos de enfermería en la mejora de salud de la población.

VI. CONCLUSIONES

1. Las enfermeras/os de una planta de hospitalización de Psiquiatría en un hospital general SI que detectan respuestas 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. Los enfermeros y las enfermeras de la planta de Psiquiatría detectan en sus pacientes problemas reales o potenciales que están contenidos en la taxonomía propuesta por NANDA (aunque no siempre se utilice exactamente una nomenclatura idéntica).

3. Los objetivos de salud que se marcan las enfermeras y los enfermeros en este tipo de hospitalización psiquiátrica, aunque sea de forma empírica, se corresponden con las propuestas de la Universidad de Iowa (NOC).

4. Las intervenciones que realizan estasy estos enfermeras y enfermeros son las mismas que el 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.

5. Las intervenciones seleccionadas del listado propuesto (NIC) para la consecución de objetivos de salud y resolución de problemas responden a las expectativas de eficacia como demuestra la evaluación final del proceso (a mayor número de intervenciones mejoría más acusada de los patrones alterados con mayor consecución de los objetivos de salud).

6. Los objetivos de salud se alcanzan de forma más satisfactoria en el grupo de pacientes con trastornos del afecto que en los pacientes esquizofrénicos. También

se ha constatado que la mayor edad dificulta la consecución de los objetivos de salud. Todo ello a igualdad del número de intervenciones

7. 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.

8. La transmisión de las intervenciones que realizan las enfermeras y los enfermeros en la consecución de objetivos, aunque si se observan (por medio de la observación participante) no quedan reflejadas en las hojas de observación, lo que puede dificultar la investigación retrospectiva y dar una idea erronea de la realidad.

VII. BIBLIOGRAFÍA

Repertorio y base de datos de artículos encontrados

REPERTORIO/FUENTE	REFERENCIA	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS	
			Totales	Seleccionados
Ovid Medline 1997		Care and Outcome and Intervention	**20**	**19**
Medline < 1966 to May 2003	PUBMED (MeSH Browser-thesaurus)	Psychiatric Nursing and Interventions and outcome	**104**	**33**
Cuiden. Base de datos	Fundación Index Organización no gubernamental y sin ánimo de lucro declarada de Utilidad Pública por la Consejería de Educación y Ciencia de la Junta de Andalucía, España http://www.doc6.es/index/	Enfermería Psiquiatrica: Nic y Noc	**6**	**6**
Google		Enfermería Psiquiátrica: Intervenciones y objetivos	**15**	**15**
Elsevier	http://www.us.elsevierhealth.com/product.jsp?isbn=0443058768	Psychiatric Nursing and Diagnose NIC and NOC	**64**	**53**
C17 en web	Base de datos del ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III http://www.isciii.es/publico/drvisapi.dll?MIval=cw_usr_view_SHTML&ID=3916	Objetivos e intervenciones en Enfermería Psiquiátrica	**545**	**35**

Revistas consultadas (Isi Journal Citation Report) con artículos con los términos Care, Intervention and Outcomes, en la asistencia general o específicamente en Psiquiatría

AMERICAN JOURNAL OF NURSING	Citing Half-Life: **8.2**	F. Impacto	**1.227**
RESEARCH NURSING HEALTH	Citing Half-Life: **8.8**	F. Impacto	**0.935**
ADVANCES IN NURSING SCIENCE	Citing Half-Life: **7.8**	F. Impacto	**0.476**
APPLIED NURSING RESEARCH	Cited Half-Life: **7.4**	F. Impacto	**0.242**
JOURNAL ADVANCES NURSING	Cited Half-Life: **6.3**	F. Impacto	**0.805**
ARCHIVES OF PSYCHIATRIC NURSING	Cited Half-Life: **7.0**	F. Impacto	**0.069**

Otras revistas con artículos o citas sobre cuidados, objetivos e intervenciones, en general o específicamente en psiquiatría sin determinar su factor impacto

- British Journal of Nursing
- Educare 21
- Enfermería Clínica (DOYMA)
- Híades. Revista de historia de Enfermería.
- Journal of Continuing Education in Nursing
- Metas de Enfermería
- Nure Investigación
- Nursing
- Nursing Center
- Revista electrónica "Enfermería Global"
- Revista Index de Enfermería
- Revista Rol de Enfermería

1.- Bibliografía general

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

Martín Tucker, S; Canobbio, Mary M; Vargo Paquette, E; Fyfe Wells, M. 2000 Patient Care Standars. Collaborative Planning and Nursing Intervention. Seventh Edition. Mosby, St. Louis,.

Bulechek,Gloria M; McCloskey,Joanne C. 1999 Nursing Interventions. Effective Nursing Treatments. 3º ed. Saunders Company, Philadelphia,.

Carpenito,L.J. 2002 Handbook of Nursing Diagnosis. 9º ed. Ed. Lippincot. Philadelphia,.

Gordon, M. 2002 Manual of Nursing Diagnoses. Tenth Edition. Mosby, St. Louis,

Luis, M.T. 2002 Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 2º ed. Masson. Barcelona.

Oud, Nico, Acendio. 2002 Proceedings of the Special Conference of the Association of Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes in Viena. Ed. Verlag Hans Huber,.

2.- Bibliografía específica

1. Ackley B., Ladwig G. (2004) "*Nursing Diagnoses Handbook*" ed. Guide to planning ed Elveiser. Michigan

2. Albertos S, Piqué J, Sales R. (1996) "*Diagnóstico de enfermería"* . En *Salud Mental: Enfermería Psiquiátrica*. J.Bobes et al. pp 47 59 Madrid Sintesis.

3. Alfaro, R. (1992) "*Aplicación del Proceso de Enfermería*." Doyma. Barcelona.

4. Anderson, C. y cols. (1988) "*Esquizofrenia y familia"*. Amorrortu. Buenos Aires.

5. Anselme G. Lanquetin JP. Quinet P. (2003) "Nursing care within the hospital unit " Archives of Psychiatric Nursing. 17(2):57-66,

6. Atkinson, L.D.; Murray, M.E. (1985) "*Proceso de Atención de Enfermería"*. Manual Moderno. México.

7. Ballester D; Burjalés MD; Doltra J;Moya M (1997) "Actuaciones de enfermería en la depresión" Enferm Cient (178-179): 64-8

8. Barros AL. Fakih FT, Michel JL. (2002) "*Use of the computer as a tool for the implementation of the nursing process. The experience of Sao Paulo Brasil*" Rev. Brasileira de Enfermagem 55(6):7 14-9

9. Bastian J. Valdeyron JL. Vaquier V. (2001) "*From a relation of confidence to a therapeutic alliance." Conceptual study and its application to nursing care"* Recherche en Soins Infirmiers. (66):93-100,

10. Belhachemi G. (2002) "*Mediation, an absolute necessity Soins*" Psychiatrie. (223):28-30,

11. Benavent A. Ferrer E.; Francisco del Rey C. (2001) "*Fundamentos de Enfermería"* Madrid: Ed. DAE,

12. Benavent A.; Camaño R.;Cuesta A (1999) "*Metodología en Enfermería"* Valencia ed. Universitat de Valencia

13. Bertazzoni G. (2003) "*Nursing intervention Classification (NIC) and Nursing Outcome Classification (NOC) of Iowa University; a description of methos, tools and contentes"* Italia Professioni Infermeristiche 56(3):143-58

14. Bofarull Álvarez, J.M. (1998): *Interacción y Sociabilidad en los Enfermos Mentales*. JANO, 27 Vol. XXXIV. 821: 63-68

15. Bowles N. Dodds P. (2002) "*The use of refocusing in acute psychiatric care*". Nursing Times. 98(22):44-5,

16. Bordeux C (2002) " Nursing treatament approach and chronic hallucination psychosis" Soins Psychiatric (221): 39-41

17. Bulechek,G. M; McCloskey A.B., Joanne C. (1999) "*Nursing Interventions. Effective Nursing Treatments."* 3º ed. Saunders Company, Philadelphia

18. Cabrero J. y Richart M. (1996) "*El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa"*. Enfermería Clínica; 6 (5): 212-217.

19. Cabrero, J y Richart, M. (1992): *Análisis de la literatura empírica de la investigación enfermera española*. Enfermería Científica; 122: 37-39.

20. Cabrero, J. y Richart. M. (1991): *Necesidad de la formación en metodología de la investigación en enfermería en el currículo de la Diplomatura Universitaria (1ª parte).* Enfermería Científica; 116: 44-48.

21. Calderon Narváez, G. (1984): Salud mental comunitaria. Un nuevo enfoque de la psiquiatría. Editorial Trillas. México.

22. Calero y Fernández (1995): C*alidad asistencial en enfermería hospitalaria.* Fundación Índex. Granada.

23. Carpenito LJ. (1987) "*Dianóstico de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica*" Madrid. Ed. McGraw-Hill

24. Carpenito, L.J. (1995) "*Manual de diagnóstico de enfermería"*. Interamericana McGraw-Hill. Madrid.

25. Carpenito,L.J. (2002) "*Handbook of Nursing Diagnosis*". 9º ed. Ed. Lippincot. Philadelphia,

26. Castilla del Pino, C. (1974) "Hermenéutica del Lenguaje*"*. Editorial Cátedra. Madrid.

27. CIE (2002) "*Participación de las enfermeras en la toma de decisiones y en la elaboración de políticas en los servicios de salud*" Temas Enferm Act 10(48):18

28. Coenen A, Ryan P, Sutton J. (1997) "*Mapping nursing interventions from a hospital information system to the Nursing Interventions Classification (NIC)".* Nursing Diagnosis; 8(4):145-156

29. Coler, MS. (2001) "*Creación de un banco de terminología intercultural de enfermería para el fenómeno Violencia en la Clasificación Internacional de la Práctica de Enfermería una perspectiva metodológica"* Int Nursing Rev 48(2):92-100

30. Colliere M.F. (1993) "*De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de Enfermería"*. Madrid: Ed. McGraw-Hill/Interamericana,

31. Collière, M.F. (1993) « *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de Enfermería"*. McGraw-Hill Interamericana. Madrid

32. Cook J.S. y Fontaine, K.L. (1990) "*Enfermería Psiquiátrica"*. Editorial Interamericana MacGraw-Hill. Madrid.

33. Córdova Castro, A. (1976) "*Teoría y práctica de la psiquiatría social*." Editorial Científico-Técnica. La Habana.

34. Corrales E.;Fernández M.; Grijalvo R. (2003) "*Aplicación de la mirada Antropológica en la disciplina enfermera"* Index de Enfermería. nº 43 Granada

35. Cuesta A., Guirao J.A., Benavent A (1994). "*Diagnóstico de enfermería. Adaptación al contexto español"*. Madrid: Diaz de Santos

36. Curtin, Leah (2001) "*El código deontológico del CIE: valores compartidos en un mundo problemático"* Int Nursing Rev 48(1):1-2

37. De Barros AL. Fakih FT. Michel JL. (2002) "*Use of the computer as a tool for the implementation of the nursing process--the experience of the Sao Paulo/UNIFESP" Revista Brasileira de Enfermagem. 55(6):714-9,*

38. De Pedro Diez D. (1982) "*El Torbellino de ideas. Hacia una enseñanza mas participativa."* Ed. Cincel Madrid.

39. Denehy J. Poulton S. (1999) "*The use of standardized language in individualized healthcare plans". Journal of School Nursing. 15(1):38-45,*

40. Doenges M.; Moorhouse M. (1988) "*Nursing Diagnoses With Interventions*" Philadelphia Davis

41. Dolan J. (1968) *"History of Nursing*" PhiladelPhia. Saunder

42. Duarte G. et al (1998) *"Definición de un catálogo de intervenciones de enfermería y su utilización como hoja de registros de las actividades de enfermería en las consultas de atención primaria"* Enferm Clin 8(5): 203-9

43. Durand JP. (1993) *"Restoring the individual to his life milieu*" Enferm Cient (134): 28-31

44. Fernández C. (2002) *"Comentario al caso clínico: Plan de cuidados personalizado aplicando la taxonomía II NANDA, NOC y NIC*" Enferm Nefrológica 5(4):73

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

46. Fornes J, Carballal MC. (2001) "*Enfermería en salud mental y psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de Intervención"*. Madrid Interamericana,

47. Frías Osuna, A. (1990): *Control de Calidad en Enfermería Comunitaria. Criterios y Estándares de Proceso*. Editado por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.

48. Frías, A; Del Pino, R; Germán, C; Alguacil, F; Cantón, D; Pulido, A; Sánchez, L; Calleja, A; Rodríguez, D; Romero, A. (1993) *"Validación de la taxonomía diagnóstica de los problemas identificados con mayor frecuencia por los enfermeros en pacientes con hipertensión arterial en atención primaria"*. Enferm Clínica 3(3):102-108

49. Gálvez, A. (2000) "*Enfermería Basada en la Evidencia. Cómo incorporar la Investigación a la Práctica de los Cuidados*." Cuadernos Metodológicos Index 1. Granada.

50. Gebbie K.M.; Lavin M.A. (1975) *"Classification of nursing diagnoses: proceedings of the first national conference"* St. Louis Mosby.

51. Geertz C. (1987) "La interpretación de las culturas" Barcelona ed. Gedisa

52. Giménez AM (1998) "*Clasificación de intervenciones enfermeras de la Universidad de IOWA: un nuevo instrumento para la práctica enfermera"* Metas Enferm 2:6-12

53. Gordon M. (2003) "Manual de Diagnósticos enfermeros" Madrid Mosby

54. Gordon M. (1982) "*Nursing diagnosis: Process and application"*. New York McGraw-Hill,

55. Gordon, M. (2002) Manual of Nursing Diagnoses. Tenth Edition. Mosby, St. Louis,

56. Guirau A, Camaño R, Cuesta A. (2001) "*Diagnóstico de Enfermería: Categorización, formulación e investigación"*. Ed Edversitas Multimedia. Valencia

57. Haber J.; Leach A.; Schudy S.; Flynn Sidelau B. (1983) "*Psiquiatría: Texto básico*" Salvat Barcelona

58. Hajewski C. Maupin JM. Rapp DA. Sitterding M. Pappas J. (1998) "*Implementation and evaluation of Nursing Interventions Classification and Nursing Outcomes Classification in a patient education plan"*. Journal of Nursing Care Quality. *12(5):30-40,*

59. Harrison A. (2003) "*A guide to risk assessment*." Nursing Times. 99(9):44-5,

60. Hem MH. Heggen K. (2003) "*Being professional and being human: one nurse's relationship with a psychiatric patient."* Journal of Advanced Nursing. 43(1):101-8,

61. Hemingway S. Ashmore R. Askoorum G. (2000) *"Resources for better practice. Telephone intervention in mental health nursing."* Nursing Times. 96(22):33-4,

62. Henderson V. (1978) *"The concepts of Nursing"* . Journal of advanced Nursing 3, 13-30

63. Henderson, V. (1994) "*La naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después*." Editorial McGraw-Hill Interamericana. Madrid.

64. Hoyt KS. Cajon E. (1997) "*Validating nursing with "NANDA, NIC, and NOC*". *Journal of Emergency Nursing. 23(6):507-9,*

65. Hoyt KS. 1997 "*Validating nursing with NANDA, NIC and NOC"* Journal of emergency Nursing 23(6): 507-9

66. http://www.aentde.com/correo/correo_IV-2. (20 de Octubre 2004)

67. http://www.anesm.net/documentos/protocolosdeValoraciónR.Sales. (25 de Julio 2004)

68. http://www.anesm.net/smental/concepto-sm-comunic.htm (30 de Julio 2004)

69. http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm (22 de Julio de 2004)

70. INSTITUTO ANDALUZ DE SALUD MENTAL. CONSEJERIA DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES (1989) "*La Reforma Psiquiátrica en Andalucía: 1984-1990*." Publicado por la Junta de Andalucía. Sevilla.

71. Isaacs, A. (1998): *Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*. Editorial McGraw-Hill Interamericana. Madrid.

72. Jackson G. Gater R. Goldberg D. Tantam D. Loftus L. Taylor H. (1993) *"A new community mental health team based in primary care. A description of the service and its effect on service use in the first year".* British Journal of Psychiatry. 162:375-84,

73. Johnson M, Maas M, Moorhead S. (2000) "*Nursing outcomes classification (NOC)."* Harcourt, Barcelona

74. Johnson M.; Maccloskey J.; Moorhead S. (2004) "*Nursing Diagnosis, Outcomes, & Interventions: NANDA, NOC, & NIC Linkages, Nursing Interventions Classification 4e, Nursing Outcomes Classification 3e,* 2nd Edition Iowa

75. Johnson, B. (1999) "*Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental*." Editorial McGraw-Hill Interamericana. Volúmenes I y II. Madrid.

76. Johnson, M. Bulechek, G. McCloskey, J. Maas, M. Moorhead, S. (2002) "*Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC"*. Harcourt. Mosby. Madrid.

77. Johnson, M.M. (2001) "*Proyecto de Resultados de Iowa. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)"*. Harcourt Brace. Madrid.

78. Jones D.; McCloskey J. (2004) *"Miting for Nursing Language and Informatic"* Chicago. Illinois

79. Kaplan, H.I., Sadock, B.J. y Grebb, J.A. (1992) "*Tratado de Psiquiatría"*. Masson. Barcelona.

80. Kaplan, H.I., Sadock, B.J. y Grebb, J.A. (2000) "*Sinopsis de Psiquiatría*." Editorial Médica Panamericana. Madrid.

81. Keenan G. Aquilino ML. (1998) *" Standarizaed nomenclatures: Keys to contuity of care, nursing accountability and nursing efectiveness*" Outcomes management for Nursin practice. 2(2): 81-6

82. Keenan G.; Aquilino ML. (*1998) "Standardized nomenclatures: keys to continuity of care, nursing accountability and nursing effectiveness*." *Outcomes Management for Nursing Practice. 2(2):81-6,*

83. Keenan G.; Stocker J. ;Barkauskas V.; Treder M. ;Heath C.; (2003) "*Toward collecting a standardized nursing data set across the continuum: case of adult care nurse practitioner setting". Outcomes Management. 7(3):113-20,*

84. Keenan GM. Treder M. Clingerman E. (2001) *"Survey indicates sharp increase in usage of NANDA, NOC, and NIC". Michigan Nurse. 74(8):19-21,*

85. Kershaw, B. y Salvage, J. (1988) "*Modelos de Enfermería*" Doyma. Barcelona.

86. King I. (1984) "*Enfermería como profesión: Filosofía, Principios y Objetivos"*. Ed Limusa Mexico.

87. Kutej B. Satanek J. 1976 "*Daily regimen for patients and use of therapeutic and nursing care at an internal medicine department of a type II hospital Ceskoslovenske*" Zdravotnictvi. 24(5):210-7,

88. Leal I., Sales R. (2004) "Enfermería Psiquiátrica y de Salud mental" En Vallejo J., Leal C. "Tratado de Psiquiatria" vol II (2103- 2120) ed. Ars Médica. Barcelona

89. Lanquetin JP. Peltier A. Quinet P. (1996) *"Home visits. From a stroll to ambulatory nursing care Soins"* Psychiatrie. (185):36-43,

90. Leninguer M. (1974) *"Health care dimensions. Health care issues"*. Philadelphia. ed Davis

91. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad

92. Lipkin, G.B. y Cohen, R.G. (1989) "*Cuidados de enfermería en pacientes con conductas especiales*." Ediciones Doyma. Barcelona.

93. Llor, B. y cols. (1996) "*Ciencias Psicosociales aplicadas a la salud*." Editorial McGraw-Hill Interamericana. Madrid.

94. Longo, D.C. y Williams, R.A. (1982) "*La Práctica clínica en enfermería psicosocial: evaluación e intervención*." Alambra. Madrid.

95. Lowe T. Wellman N. Taylor R. (2003) *"Limit-setting and decision-making in the management of aggression"*. Journal of Advanced Nursing. 41(2):154-61,

96. Luis, M.T. (1998) "*Diagnósticos enfermeros"*. Harcourt Brace. Madrid.

97. Luis, M.T. (2002) "*Los diagnósticos enfermeros." Revisión crítica y guía práctica*. 2º ed. Masson. Barcelona.

98. Lunney M. *1998 "Accuracy of nurses diagnoses: foundation of NANDA, NIC, and NOC" . Nursing Diagnosis. 9(2):83-5,*

99. MacClokey J Dochterman, Bulechek G (2004) "*Nursing Interventions Classification (NIC)"* Mosby Iowa

100. http://www.msc.es/sns/sistemasInformacion/normalizacion/proyectoNIPE/pdf/07Capitulo4.pdf (2 de febrero 2005)

101. Malinowski B. Una teoría científica de la cultura. Buenos aires Ed. Suramericana 1967

102. Marriner A. (1994) "*Modelos y Teorías de Enfermería"*. Madrid. Mosby.

103. Martín T; Canobbio M; Paquette E; Fyfe M. (2000). "*Patient Care Standars. Collaborative Planning and Nursing Intervention"*. Seventh Edition. Mosby, St. Louis

104. Martinez A. (1998) *"Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones*" Rev Asoc. Esp Neuropsiquiatría., Vol XVIII, nº 68, pp 645-659

105. Maslow A. (1983) "*El hombre autorrealizado*" Barcelona Kairos

106. McCloskey J, Bulechek G. (2000) *"Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE)"*. Madrid. Harcourt,

107. McCloskey, A.B. (2001) "*Proyecto de Intervenciones de Iowa. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)"*. Harcourt Brace. Madrid.

108. Medina, J.L. (1999) "*La Pedagogía del Cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería"*. Laertes. Barcelona.

109. Megías Lizancos, F. y Serrano Parra, M.D. (2000) "*Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental*." Ediciones D.A.E. (Grupo Paradigma). Madrid.

110. Moliner M. (1989) "*Diccionario del uso del español"* Madrid: Ed Gredos,

111. Moorhead S. Clarke M. Willits M. Tomsha KA. *1998 "Nursing Outcomes Classification implementation projects across the care continuum*". *Journal of Nursing Care Quality. 12(5):52-63,*

112. Moorhead S. Head B. Johnson M. Maas M. *1998* "The nursing outcomes taxonomy: development and coding." *Journal of Nursing Care Quality. 12 (6):56-63,*

113. Morrison, M. (1998) "*Fundamentos de enfermería en salud mental*." Harcourt Brace. Madrid.

114. Mrayyan M. *2003 "Nurse autonomy, nurse job satisfaction and client satisfaction with nursing care: their place in nursing data sets*". *Canadian Journal of Nursing Leadership. 16(2):74-8.*

115. NANDA. 2001 *"Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002"* Madrid Harcourt S.A.

116. Neuman B. (1982) "*The Neuman systems model: application to nursing education and practice"* Norwalk Appleton Century Crofts

117. Nightingale, F. (1990) "*Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es*." Salvat Editores. Barcelona

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

119. Notter, L.E. y Hott, J.R. (1992): *Principios de la investigación en Enfermería*. Ediciones Doyma. Barcelona.

120. Novel G. (1991 *"Hacia una sistematización de los aspectos psicosociales de los cuidados".* Barcelona. Notas de Enfermería, 19; 3,

121. Novel, G., Lluch, M.T. y Miguel, M.D. (1991) "*Enfermería Psico-Social II".* Salvat Editores, S.A. Barcelona

122. O.M.S. COMITE DE EXPERTOS EN ENFERMERIA PSIQUIATRICA (1956): "*Serie Informes Técnicos número 105"* Editado por la O.M.S. Ginebra.

123. O'Brien, M.J. (1983) "*Comunicación y relaciones en enfermería*." Manual Moderno. México.

124. Orem. D.E. (1993) "*Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la práctica".* Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. Barcelona.

125. Oud Nico Acendio. (2002) ."Proceedings of the Special Conference of the Association of Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes in Viena" . Ed. Verlag Hans Huber

126. Pacheco Borrella, G. (1992) "*Evolución, conceptos y proceso de enfermería en salud mental. La atención al paciente psicótico"*. Revista "Maristán" de la Asociación Andaluza de Neuropsiquiatría. Volumen I. 2: 25-27.

127. Pacheco Borrella, G. (1999) "*Los espacios de la enfermera de salud mental."* Revista Metas de Enfermería. Vol. II. 16: 41-49.

128. Pacheco Borrella, G. y Vila Blasco, B. (1995) "*Evolución de la Enfermería en Salud Mental en Andalucía"*. Revista Rol de Enfermería. 198: 37-40

129. Paley G. Shapiro D. (2001) "*Evidence-based psychological interventions in mental health nursing"*. Nursing Times. 97(3):34-518.

130. Parris KM. Place PJ. Orellana E. Calder JA. Jackson K. Karolys A. Meza M. Middough C. Nguyen V. Shim NW. Smith D. (1999) *"Integrating nursing diagnoses, interventions, and outcomes in public health nursing practice*". Nursing Diagnosis. *10(2):49-56,*

131. Parsons, Talcott. (1937) "*The Structure of Social Action*". The Free Press, New York

132. Pelletier, L.R. (1990) "*Enfermería Psiquiátrica. Estudio de casos, diagnóstico y planes de cuidados"*. Ediciones Doyma. Barcelona.

133. Peplau, H.E. (1990) "*Relaciones interpersonales en Enfermería*." Salvat Editores. Barcelona.

134. Peplau, H.E. (1996) "*Teoría interpersonal en la práctica de la enfermería: trabajos seleccionados de Hildegard E. Peplau."* Masson. Barcelona.

135. Pfettscher AM. (2003) *" Florence Nightingale"* En Marriner AM.; Raile M. *"Modelos y teorías de enfermería"* Madrid. *pp* 65-77 Mosby.

136. PiKe K. (1967) "*Language in Relation to a Unified Theory of the Structure of Human Behavior*", Mouton Paris

137. Poletti, R.A. (1980) "*Aspectos psiquiátricos de los cuidados de enfermería"*. Ediciones Rol. Barcelona.

138. Polit, D.F. (1987) "*Investigación científica en Ciencias de la Salud*." Editorial McGraw-Hill Interamericana. México.

139. Prophet CM. Dorr GG. Gibbs TD. Porcella AA. (1997) *"Implementatión of standarized languages (NIC, NOC) in on-line care planning and documentation Iowa"* Departament of Nursing, Universiti of Iowa Hospitals and Clinics. Studies in Health Technoloy & Informatics 46:395-400,

140. Prophet CM. (2000) "*The evolution of a clinical database: from local to standardized clinical languages." Proceedings / AMIA Annual Symposium. : 660-4,*

141. Rebolledo S. Lobato M.J. (1998) *"Psicoeducación de personas vulnerables a la Esquizofrenia."* Ed. Fundación Nou Camí Barcelona.

142. Regeer L. *1998 "NANDA, NIC and NOC on the road to a single concept. Professional innovation or a clash of interests?* TVZ: Het Vakblad voor de Verpleging. 108(1):26-7,

143. Richart, M.; Cabrero, J. (1991) "*Análisis de las bases bibliográficas en la investigación enfermera española. Una comparación con medicina y Psicología".* Enfermería Cínica; 1 (5): 139-142.

144. Rigol, A. (1991) *"Enfermería en Salud mental y Psiquiatría*" Ed. Salvat. Barcelona

145. Rigol, A. (2001) "*Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica*." Editorial Masson. Barcelona.

146. Roy C. (1976) *"Introduction to nursing: An adaptation model"* New York Prentice Hall.

147. Roy C.; Roberts SL (1990) ." *Theory construction in nursing., An adaptation model*." En: Cook y Fontaine. Enfermería Psiquiátrica. Madrid. Interamericana. Mac.Graw-Hill.

148. Sales R, Albertos S, Leal I, Molero P. *"Gradacion de Diagnosticos de Enfermería en una Unidad Psiquiátrica de un hospital general* " Enfermería Integral 1988; 1: 38-40

149. Sales R, Albertos S, Leal I, Santolaya F, Molero P. (1990) "*Diagnósticos de Enfermería: Aplicación en Psiquiatría".* Rol ;142 : 63 – 66

150. Sales R, Albertos S, Piqué J, Merelles A, Leal M I. (1991) "*Diagnósticos de Enfermería. Aplicación en una Unidad Psiquiátrica de un Hospital Genera*l" Valencia Nau Llibres..

151. Sales R.; Albertos S.; Leal M.I.; Villasante A.; Piqué J (1991) "*Diagnósticos en Enfermería: de la Teoría a la Práctica"* Notas de Enfermería.; 1,8: 51-88

152. Sales R. (2000) "*La Hospitalización psiquiátrica Domiciliaria*" Rev Virtual. Psiquiatría.com

153. Sales R.; "*Cuidadores Informales como agentes de Salud*" 2002 Rev.Virtual Psiquiatría.com

154. Sales R. Grau A. Muñoz M. Leal M. Guillem M. (2004) "*Diagnósticos de Enfermería detectados en una población mayor de 65 años con problemas psiquiátricos*" http://www.educare21.net/ (9/12/2004)

155. Szczesny S. Miller M. (2003) "*PRN medication use in inpatient psychiatry*". Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services. 41(1):16-21.

156. Teixeira MB, Fernandes RA (2003) "*Nursing diagnosis made in elderly people with mental disorders* "Rev Bras Enferm. Nov-Dec;56(6):619-23.

157. Torre R. Bertazzoni G. (2003) *"Nursing Intervention Classification (N.I.C.) and Nursing Outcome Classification (N.O.C,) of Iowa University: a description of methods, tools and contents" Professioni Infermieristiche. 56(3):143-58,*

158. Townsend M.C. (1999) "*Nursing diagnoses in Psychiatric nursing*" Philadelphia Davis

159. Morrison M. (1994) *"Fundamentos de enfermería en salud Mental."* Barcelona. Mosby.

160. Townsend M.C. (1993) "*Psychiatric mental health nursing. Concepts of care*". Philadelphia Davis

161. Travelbee J. (2001) "*Interpersonal aspects of nursing*" Benavent A. Ferrer E.; Francisco del Rey C. "*Fundamentos de Enfermería"* Madrid DAE,

162. Ugalde M, Rigol A. (1995) *Diagnósticos de Enfermería*. Taxonomía NANDA. Barcelona. Ed. Masson.

163. Ugalde M. (2000) "Spanish Association of Nursing Asociation" Philadelphia Nursing Diagnosis 11; 87,

164. Valentine G. Jamieson B. Kettles AM. Spence M. (2003) Users involvement in their care. A follow-up study. Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services. 41(4):18-25,

165. Vallejo J 1988 "*La frontera de la psiquiatría*" Sandorama, Vol IV pp 5-10

166. *Vallejo, J. et al. (2000)* "*Introducción a la psicopatología y psiquiatría"*. Masson. Barcelona.

167. Watson J. (1992) "*Filosofía y teoría de los cuidados humanos en enfermería de Watson"*. En: Rich. Sisce J. (eds) *Modelos conceptuales de enfermería*. Barcelona. Doyma

168. Yom YH. Chi SA. Yoo HS. (*2002) "Application of nursing diagnoses, interventions, and outcomes to patients undergoing abdominal surgery in Korea*." International Journal of Nursing Terminologies & Classifications. 13(3):77-87,

169. Zampieron A 2001 "*Nursing Classifications (NIC and NOC) and Hepatitis C in dialysis*". Edna Erca Journal 27(4): 212

VIII. ANEXOS

ANEXO I

(Taxonomía N.A.N.DA: todas las respuestas agrupadas por Patrones funcionales)

RESPUESTAS HUMANAS CODIFICADAS POR LA NANDA QUE AFECTAN CADA PATRÓN SALUDABLE

1.- PATRÓN PERCEPCIÓN-MANEJO DE LA SALUD	2.- PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO
Conductas generadoras de salud Manejo inefectivo de la salud Manejo inefectivo del régimen terapéutico Riesgo de manejo inefectivo del régimen terapéutico Manejo efectivo del régimen terapéutico Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar Manejo inefectivo del régimen terapéutico de la comunidad Déficit en el manejo de la salud Riesgo de déficit en el manejo de la salud Incumplimiento del tratamiento Riesgo de incumplimiento del tratamiento Riesgo de infección Riesgo de lesión Riesgo de caídas Riesgo de lesión perioperatoria Riesgo de intoxicación Riesgo de asfixia Protección inefectiva Perturbación del campo de energía	Desequilibrio nutricional por exceso u obesidad exógena Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso o riesgo de obesidad Desequilibrio nutricional por defecto o déficit nutricional Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo Lactancia materna ineficaz Interrupción de la lactancia materna Lactancia materna eficaz Patrón de alimentación ineficaz del lactante Deterioro de la deglución Náuseas Riesgo de aspiración Deterioro de la mucosa oral Deterioro de la dentición, Déficit de volumen de líquidos Riesgo de déficit de volumen de líquidos Exceso de volumen de líquidos Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos Deterioro de la integridad cutánea Riesgo de deterioro de la integridad cutánea o riesgo de rotura de la piel Úlcera por presión Deterioro de la integridad tisular Respuesta alérgica al látex Riesgo de respuesta alérgica al látex Termorregulación ineficaz Hipertermia, Hipotermia, Riesgo de desequilibrio de la temperatura

3.- PATRÓN DE ELIMINACIÓN	4.- PATRÓN DE ACTIVIDAD-EJERCICIO
Estreñimiento Estreñimiento subjetivo Patrón intermitente de estreñimiento Riesgo de estreñimiento Diarrea Incontinencia fecal Deterioro de la eliminación urinaria Incontinencia urinaria funcional Incontinencia urinaria refleja Incontinencia urinaria de esfuerzo Incontinencia urinaria de urgencia Riesgo de incontinencia	Intolerancia a la actividad Riesgo de intolerancia a la actividad Fatiga Déficit de actividades recreativas Deterioro de la movilidad física Deterioro de la movilidad en la cama Deterioro de la habilidad para la traslación Deterioro de la movilidad en silla de ruedas Deterioro de la deambulación Vagabundeo Riesgo de síndrome de desuso Riesgo de contracturas articulares Déficit de autocuidado total Déficit de autocuidado: baño/higiene Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento Déficit de auto cuidado: alimentación Déficit de autocuidado: uso del WC Retraso en el desarrollo: habilidades para el autocuidado Retraso en la recuperación quirúrgica Retraso en el crecimiento y desarrollo Riesgo de retraso en el desarrollo Riesgo de crecimiento desproporcionado Deterioro en el mantenimiento del hogar Respuesta disfuncional al destete del ventilador Deterioro de la respiración espontánea Limpieza ineficaz de las vías aéreas Patrón respiratorio ineficaz Deterioro del intercambio gaseoso Disminución del gasto cardíaco Perfusión tisular inefectiva Disreflexia autónoma Riesgo de disreflexia autónoma Conducta desorganizada del lactante Riesgo de conducta desorganizada del lactante Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante, Riesgo de disfunción neurovascular periférica Capacidad adaptativa intracraneal disminuida Incontinencia urinaria total Retención urinaria
5.- PATRÓN DE REPOSO-SUEÑO	**6.- PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTUAL**
Deterioro del patrón de sueño Deprivación de sueño Retraso en conciliar el sueño Inversión del patrón de sueño	Dolor agudo Dolor crónico Déficit en el automanejo del dolor Pérdida sensorial no compensada Sobrecarga sensorial Deprivación sensorial Desatención unilateral Déficit de conocimientos Trastorno de los procesos de pensamiento Déficit de atención-concentración Confusión aguda Confusión crónica Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno, Pérdida no compensada de la memoria Deterioro de la memoria Riesgo de deterioro cognitivo Conflicto de decisiones

7.- PATRÓN DE AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO Temor Ansiedad Ansiedad leve Ansiedad moderada Ansiedad severa Ansiedad anticipada Ansiedad ante la muerte Depresión reactiva Riesgo de soledad Desesperanza Impotencia Riesgo de impotencia Baja autoestima situacional Riesgo de baja autoestima situacional Baja autoestima crónica Trastorno de la imagen corporal, Trastorno de la identidad personal Riesgo de violencia autodirigida Trastorno de la imagen corporal, Trastorno de la identidad personal Riesgo de violencia autodirigida	**8.- PATRÓN DE ROL-RELACIONES** Duelo anticipado Duelo disfuncional Aflicción crónica Desempeño inefectivo del rol Conflicto independencia-dependencia no resuelto Aislamiento social (rechazo social) Aislamiento social Deterioro de la interacción social Retraso en el desarrollo de habilidades sociales (especificar), Síndrome de estrés del traslado Riesgo de síndrome de estrés del traslado Interrupción de los procesos familiares Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo Deterioro parental (especificar) Riesgo de deterioro parental (especificar) Conflicto del rol parental Vinculación débil entre los padres y el lactante/niño Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño Separación entre los padres y el lactante/niño Cansancio en el desempeño del rol de cuidador Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador Deterioro de la comunicación verbal Retraso en el desarrollo de habilidades de comunicación Riesgo de violencia dirigida a otros
9.- PATRÓN DE SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN Patrones sexuales inefectivos Disfunción sexual Síndrome traumático de la violación Síndrome traumático de la violación: reacción compuesta Síndrome traumático de la violación: reacción silente	**10.- PATRÓN DE AFRONTAMIENTO, TOLERANCIA AL ESTRÉS** Afrontamiento inefectivo Afrontamiento de evitación Afrontamiento defensivo Afrontamiento familiar comprometido Afrontamiento familiar incapacitante Disposición para mejorar el afrontamiento familiar Afrontamiento inefectivo de la comunidad Afrontamiento de la comunidad en la disposición para mejorar Negación ineficaz o negación Deterioro de la adaptación Síndrome postraumático Riesgo de síndrome postraumático Déficit del sistema de soporte Riesgo de suicidio Automutilación Riesgo de automutilación
11.- PATRÓN DE VALORES-CREENCIAS Sufrimiento espiritual Disposición para aumentar el bienestar espiritual Riesgo de sufrimiento espiritual	

ANEXO II

(Selección de respuestas que pueden alterar los Patrones funcionales en Salud Mental, concepto y características definitorias)

1º.- Patrón percepción manejo de la salud		
RESPUESTA	**CONCEPTO**	**CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**
Automedicación	*Estado en el cual el individuo toma medicación indiscriminadamente sin conocer totalmente su indicación, efectos interacciones y contradicciones*	*Falta de adhesión al tratamiento. Uso inapropiado de los mismos. Efectos secundarios*
Incumplimiento del tratamiento	*Conductas que no coinciden con el plan terapéutico o de promoción de salud acordado con el especialista*	*Conductas indicativas de incumplimiento. Evidencia de exacerbación de los síntomas*
Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar	*Patrón de regulación e integración en los procesos familiares de un programa para el tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud)*	*Actividades familiares inapropiadas. Falta de implicación familiar en el proceso terapéutico*
Manejo inefectivo régimen terapéutico	*Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos.*	*La regulación en su vida cotidiana de un patrón saludable resulta ineficaz. Dificultad de integrar los regímenes terapéuticos prescritos*
Protección ineficaz	*Disminución de las capacidades para autoprotegerse de las amenazas internas y externas como enfermedades o lesiones*	*Respuestas desadaptadas, deterioro en el proceso de curación debido a la alteración cognitiva: percepción, memoria, conciencia, etc*
Riesgo de intoxicación, lesión, asfixia	*Presencia de factores que implican riesgo para la seguridad del paciente por ingestión de productos, accidentes asociados a factores ambientales o inadecuación de aire inhalado.*	*Deterioro del juicio. Disminución de la capacidad cognitiva. Alteraciones de la conciencia. Desorientación*

2º.- Patrón nutricional-metabólico		
RESPUESTA	**CONCEPTO**	**CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**
Desequilibrio nutricional por defecto	*Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades del organismo.*	*Ingesta inferior a las cantidades recomendadas. Incapacidad para ingerir alimentos.*
Desequilibrio nutricional por exceso	*Aporte de nutrientes que excede a las necesidades del organismo*	*Obesidad. Peso de referencia cada vez mas alto*
Desequilibrio por exceso o déficit de líquidos	*Disminución o aumento del volumen de líquido retenido*	*Sequedad de piel o mucosas, globo vesical*

3º.- Patrón de eliminación		
RESPUESTA	**CONCEPTO**	**CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**
Diarrea	*Aumento de la frecuencia de la defecación. Eliminación de heces liquidas no formadas*	*Eliminación de heces líquidas mas de tres veces al día. Sonidos intestinales hiperactivos*
Estreñimiento	*Disminución de la frecuencia de la defecación acompañada de eliminación difícil o incompleta*	*Heces duras y secas. Cambios del patrón intestinal. Distensión abdominal. Dolor en la defecación. Sensación de plenitud o presión rectal.*
Incontinencia o retención urinaria	*Perdida involuntaria de orina. Vaciado incompleto de la vejiga*	*No controla la eliminación de la orina. Micciones frecuentes de pocas cantidades. Globo vesical*
Percepción subjetiva de la eliminación	*Autodiagnóstico de estreñimiento o diarrea no confirtmados.*	*Se queja de problemas en la defecación no demostrados. Abuso de laxantes, enemas y supositorios para asegurar una evacuación intestinal diaria.*

4º.-Patrón de actividad y ejercicio		
RESPUESTA	**CONCEPTO**	**CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**
Déficit de actividades recreativas	*Disminución de la implicación en actividades recreativas o de ocio*	*Aburrimiento. Incapacidad para ditrerse. Incapacidad para realizar actividades de ocio.*
Déficit de autocuidados: Alimentación	*Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de la alimentación*	*Incapacidad para preparase la alimentación. Incapacidad de alimentarse por sí mismo.*
Déficit de autocuidados: baño/ higiene	*Deterioro en la habilidad para realizar o completar las actividades de baño e higiene*	*Incapacidad para lavar total o parcialmente el cuerpo. Limpieza inefectiva*
Dificultad en el mantenimiento del hogar	*Incapacidad para mantener independientemente un entorno inmediato seguro promotor del desarrollo*	*Entorno desordenado. Repetidas alteraciones higiénicas. Cúmulo de suciedad, etc*
Trastorno o riesgo de la movilidad física	*Respuestas anormales de movimientos que requieren gasto de energía para llevar a cabo las actividades diarias necesarias o deseadas*	*Limitación de la movilidad. Movimientos descoordinados. Disminución del tiempo de reacción. Limitación de la amplitud de movimientos*
Vagabundeo	*Caminar errabundo, repetitivo y sin propósito que expone al individuo a lesionarse; frecuentemente incongruente con las fronteras, límites u obstáculos.*	*Movimiento frecuentes sin objetivo. Hiperactividad. Conductas de búsqueda. Deambulación fortuita. Búsqueda de personas perdidas o lugares inaccesibles*

5º.- Patrón de sueño y descanso		
RESPUESTA	**CONCEPTO**	**CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**
Deterioro del patrón de sueño	*Alteración del tiempo y calidad del sueño que provoca malestar o interferencia con las actividades vitales deseadas*	*Desvelo prolongado. Insomnio. Tiempo total del sueño menor del considerado normal. Despertares nocturnos.*
Deprivación del sueño	*Periodos prolongados de tiempo sin la suspensión periódica naturalmente sostenida de inconciencia relativa*	*Somnolencia diurna. Cansancio Letargo. Enlentecimiento de la reacción. Disminución de la capacidad de funcionamiento.*

6º.- Patrón cognitivo-perceptivo		
RESPUESTA	**CONCEPTO**	**CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**
Conflicto de decisiones	*Incertidumbre sobre el curso de acciones a seguir cuando la elección entre distintas opciones implica riesgo, pérdida o cuestionamiento de valores personales*	*Retraso o vacilación entre opciones alternativas. Incertidumbre ante las elecciones*
Déficit de conocimiento	*Incapacidad para interpretar los estímulos ambientales y para los procesos del pensamiento complejos, manifestados por trastornos de las habilidades requeridas en relación con procedimientos o prácticas en el manejo de cuidados de salud*	*Informes de conocimientos inadecuados, Actuación inadecuada en una prueba o demostración de habilidad. Incapacidad para continuar después de recibir instrucciones*
Deterioro de la memoria	*Incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales*	*Incapacidad para aprender o retener nuevas habilidades o información. Incapacidad para recordar información o acontecimientos.*
Deterioro en la interpretación del entorno	*Falta de orientación en las personas, tiempo, lugar o circunstancias que requieren un entorno protector*	*Desorientación en entornos conocidos Estado confusional crónico. Incapacidad para seguir instrucciones. Incapacidad para razonar y concentrarse.*
Trastorno procesos pensamiento	*Alteración de las operaciones y actividades cognitivas*	Disonacia cognitiva. Interpretación inexacta del entorno. Pensamiento inadecuado no basado en la realidad.

7º.-Patrón de autopercepción y autoconcepto		
RESPUESTA	**CONCEPTO**	**CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**
Ansiedad	*Vago sentimiento de incomodidad cuyo origen es frecuentemente inespecífico o desconocido para el indivíduo*	Inquietud. Angustia. Nerviosismo. Agitación. Preocupación creciente inmotivada. Distres. Somatizaciones.
Baja Autoestima	*Autoevaluación negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus capacidades*	*Expresiones negativas sobre sí misma. Manifestación de vergüenza o culpa. Sentimiento de incapacidad para realizar acciones*
Desesperanza	*Estado subjetivo de la persona en que percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar energía en su propio provecho*	*Pasividad.,Disminución de las emociones. Disminución de respuesta a los estímulos. Falta de proyección de futuro. Pesimismo.*
Riesgo violencia autodirigida o dirigida a otros	*Riesgo de conductas que indiquen que una persona puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para sí mismo o para los demás*	*Posturas corporales amenazadoras. Amenazas de violencia. Historia de violencia. Historia de conducta antisocial.*
Trastorno de la imagen corporal	*Confusión en la imagen mental del "Yo" físico*	*Expresión de sentimientos que reflejan alteración sobre su cuerpo*

8º.- Patrón de rol y relaciones		
RESPUESTA	**CONCEPTO**	**CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**
Aislamiento social	*Sensación de soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora*	*Falta de personas significativas de soporte. Retraimiento. Conductas inaceptables por el grupo. Expresión de sentimientos de soledad.*
Cansancio del rol de cuidador	*El cuidador percibe dificultade en el desempeño del papel de cuidador de la familia.*	*Dificultad para llevar a cabo las tareas requeridas. Preocupación por los cuidados habituales. Inquietud respecto al futuro de la persona cuidada y la habilidad del cuidador. Somatizaciones.*
Deterioro de la interacción social	*Intercambio social inefectivo o cuantitativamente insuficiente o excesivo*	*Verbalización u observación de malestar en las situaciones sociales. Observación de conductas de interacción social ineficaces*
Deterioro en la comunicación verbal	*Disminución o ausencia de la capacidad para usar el lenguaje en la interacción.*	*Dificultad para transmitir o recibir mensajes orales. Negativa a hablar. Hablar con dificultad o con un lenguaje incomprensible. Dificultad para formar palabras o frases.*

Duelo anticipado	*Respuestas y conductas intelectuales y emocionales mediante las que las personas familias y comunidades intentan superar el proceso de modificación del autoconcepto provocado por la percepción de pérdida potencial.*	*Expresión de sufrimiento frente a perdidas potenciales. Culpa. Perdidas potenciales. Negación de la perdida potencial.*
Interrupción de los procesos familiares	*Cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar*	*Cambio en las respuestas afectivas y la intimidad .Cambios en la participación en la toma de decisiones y solución de problemas. Cambios en el soporte mútuo.*

9º.- Patrón de sexualidad y reproducción		
RESPUESTA	**CONCEPTO**	**CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**
Disfunción sexual	*Cambio en la función sexual que se ve como insatisfactorio inadecuada y no gratificante*	*Verbalización del problema. Alteración en el logro de la satisfacción sexual. Responsabiliza a la medicación de los problemas sexuales*
Patrones sexuales inefectivos	*Expresión de preocupación respecto a la propia sexualidad Conductas sexuales inaceptadas o antisociales.*	*Conductas inapropiadas respecto la sexualidad. Demandas sexuales. Parafilias.*

10º.- Patrón de adaptación y tolerancia al estrés		
RESPUESTA	**CONCEPTO**	**CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**
Afrontamiento familiar incapacitante	*Comportamiento de una persona significativa que inhabilita sus propias capacidades y las del paciente para abordar efectivamente tareas esenciales para la adaptación de ambos al reto de salud.*	*Rechazo. Cuidados negligentes. Cuidados negligentes o inapropiados. Distorsión de la realidad del problema. Deserción. Abandono. Intolerancia frente al paciente.*
Afrontamiento inefectivo	*Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.*	*Falta de conductas orientadas a logro de objetivos o resolución d problemas. Empleo de formas d afrontamiento que impiden un conducta adaptativa*
Deterioro en la adaptación	*Incapacidad para modificar el estilo de vida de forma coherente con un cambio en la situación de salud*	*Negación del cambio de estado de salud. Demostración de no aceptación del cambio del estado de salud. Acciones negativas para el patrón saludable*
Riesgo de automutilación	*Conducta deliberada autolesiva, que para aliviar la tensión, provoca un daño tisular*	*Cortes o arañazos en el cuerpo. Quemaduras provocadas. Ingestión o inhalación de sustancias u objetos lesivos.*

Riesgo de suicidio	*Riesgo de lesión autoinflingida que pone en peligro la vida*	*Historia de intentos previos de conducta suicida. Cambios perceptibles en la conducta y actitud. Aumento de conversaciones sobre el tema de la muerte.*

11º.- Patrón de valores y creencias		
RESPUESTA	**CONCEPTO**	**CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS**
Sufrimiento espiritual	*Expresiones personales de vinculaciones con el "yo", los otros, el poder superior, toda la vida, la naturaleza, y el universo que se apoderan del yo*	*Perdidas situacionales. Perdida de un ser querido. Baja autoestima. Estrés físico o psicológico. Incapacidad para perdonar.*

ANEXO III

(Taxonomía de objetivos de salud propuestos por la Universidad de IOWA. N.O.C.)

OBJETIVOS PROPUESTOS POR EL GRUPO DE IOWA

Aceptación: estado de salud Aclaramiento de toxinas sistémicas: diálisis Adaptación del cuidador familiar al ingreso del paciente en un centro sanitario Adaptación del niño a la hospitalización Adaptación del recién nacido Adaptación psicosocial: cambio de vida Alteración del estilo de vida del cuidador familiar Ambiente de la familia: interno Autocontención de suicidio Autocontrol de la conducta abusiva Autoestima Autogestión de los cuidados Bienestar Bienestar del cuidador familiar Bienestar espiritual Calidad de vida Capacidad cognitiva Capacidad de comunicación Cese del abuso Competencia social Comunicación: capacidad expresiva	Comunicación: capacidad receptiva Concentración Conducta de búsqueda de la salud Conducta de compensación auditiva Conducta de compensación visual Conducta de fomento de la salud Conducta de obediencia Conducta de cumplimiento Conducta de seguridad: ambiente físico del hogar Conducta de seguridad: personal Conducta de seguridad: prevención de caídas Conducta de vacunación Conducta sanitaria prenatal Conducta terapéutica: enfermedad o lesión Conocimiento: actividad prescrita Conocimiento: asistencia de recién nacidos Conocimiento: asistencia médico Conocimiento: conductas sanitarias Conocimiento: conservación de la energía Conocimiento: control de la diabetes Conocimiento: control de la infección Conocimiento: control del consumo de sustancias
Conocimiento: dieta Conocimiento: fomentode la fertilidad Conocimiento: fomento de la salud Conocimiento: funcionamiento sexual Conocimiento: gestación Conocimiento: lactancia materna Conocimiento: medicación Conocimiento: parto y alumbramiento Conocimiento: preconcepción Conocimiento: prevención del embarazo Conocimiento: procedimientos terapéuticos Conocimiento: proceso de la enfermedad Conocimiento: puerperio Conocimiento: recursos sanitarios Conocimiento: régimen terapéutico Conocimiento: salud materno-infantil Conocimiento: seguridad infantil Conocimiento: seguridad personal Consecuencias de la adicción a sustancias psicoactivas Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas Consecuencias de la inmovilidad: psicocognitivas Conservación de la energía Continencia intestinal Continencia urinaria Control de glucosa sanguínea Control de la agresión	Control de la ansiedad Control de la aspiración Control de la depresión Control de la hipersensibilidad inmune Control de la reacción transfusional sanguínea Control de los impulsos Control de peso Control del asma Control del dolor Control del miedo Control del pensamiento distorsionado, Control del riesgo Control del riesgo: cáncer Control del riesgo: consumo de drogas Control del riesgo: consumo de tabaco Control del riesgo: consumo del alcohol Control del riesgo: deterioro auditivo Control del riesgo: deterioro visual Control del riesgo: embarazo no deseado Control del riesgo: enfermedades de transmisión sexual (ETS) Control del riesgo: salud cardiovascular Control del riesgo social: enfermedad crónica Control del riesgo social: enfermedad transmisible Control del riesgo social: exposición al plomo Control del síntoma

Crecimiento Creencias sobre la salud Creencias sobre la salud: amenaza percibida Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar Creencias sobre la salud: control percibido Creencias sobre la salud: recursos percibidos Cuidados personales: actividades de la vida diaria Cuidados personales: actividades instrumentales de la vida diaria Cuidados personales: baño Cuidados personales: comer Cuidados personales: higiene Cuidados personales: higiene bucal Cuidados personales: medicación no parenteral Cuidados personales: medicación parenteral Cuidados personales: peinado Cuidados personales: uso del inodoro Cuidados personales: vestir Curación de la herida: por primera intención, Curación de la herida por segunda intención Curación ósea Deambulación: caminata	Deambulación: silla de ruedas Desarrollo infantil: 2 meses a 12 meses Desarrollo infantil: 12 meses, 2 años, 3 años, 4 años, 5 años Desarrollo infantil: infancia media (6-11 años) Desarrollo infantil: adolescencia (12-17 años) Descanso Deseo de vivir Detección del riesgo Dolor: efectos nocivos Dolor: respuesta psicológica Efectividad de la bomba cardíaca Ejecución del rol Elaboración de la información Eliminación intestinal Eliminación urinaria Energía psicomotora Equilibrio Equilibrio electrolítico y acido básico Equilibrio emocional Equilibrio hídrico Esperanza Establecimiento de la lactancia materna: lactante
Establecimiento de la lactancia materna: madre Estado circulatorio Estado de coagulación Estado de deglución Estado de deglución: fase esofágica Estado de deglución: fase faríngea Estado de deglución: fase oral Estado de envejecimiento físico Estado de los signos vitales Estado de salud de la familia Estado de salud social Estado de seguridad: caídas Estado de seguridad: lesión física Estado fetal: durante el parto Estado fetal: prenatal Estado infeccioso Estado inmune Estado materno: durante el parto Estado materno: preparto Estado materno: puerperio Estado neurológico Estado neurológico: autónomo Estado neurológico: conciencia Estado neurológico: control motor central Estado neurológico: función sensitiva/ motora de pares craneales Estado neurológico: función sensitiva/motora medular Estado nutricional Estado nutricional: determinaciones bioquímicas	Estado nutricional: energía Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos Estado nutricional: ingestión de nutrientes Estado nutricional: masa corporal Estado respiratorio: intercambio gaseoso Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias Estado respiratorio: ventilación Factores estresantes del cuidador familiar Forma física Función esquelética Función muscular Función sensitiva: gusto y olfato Función sensitiva: auditiva Función sensitiva: cutánea Función sensitiva: propioceptiva Función sensitiva: visión Funcionamiento de la familia Funcionamiento sexual Gravedad del síntoma Gravedad del síntoma: perimenopausia Gravedad del síntoma: síndrome premenstrual Habilidades de interacción social Hidratación Identidad Identidad sexual: aceptación Imagen corporal

Implicación social Integridad de la familia Integridad del acceso de diálisis Integridad tisular: piel y membranes mucosas Lactancia materna: destete Lazos afectivos padre-hijo Maduración física: femenina Maduración física: masculina Mantenimiento de la lactancia materna Memoria Movimiento articular: activo . Movimiento articular: pasivo Muerte digna Nivel de comodidad Nivel de depresión Nivel de movilidad Nivel de sufrimiento Nivel del dolor Normalización de la familia Organización del recién nacido prematuro Orientación cognitiva Orientación sobre la salud Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional Participación en actividades de ocio Participación en juegos Participación: decisiones sobre asistencia sanitaria Perfusión tisular: cardíaca Perfusión tisular: cerebral	Perfusión tisular: órganos abdominales Perfusión tisular: periférica Perfusión tisular: pulmonar Posible resistencia al cuidado familiar Posición corporal inicial Preparación del cuidador familiar domiciliario Protección del abuso Realización del traslado Recuperación del abandono Recuperación del abuso: económico, Recuperación del abuso: emocional Recuperación del abuso: físico, Recuperación del abuso: sexual Relación entre cuidador familiar y paciente Rendimiento del cuidador familiar: atención directa Rendimiento del cuidador familiar: atención indirecta Represión de automutilación Resistencia Resolución de la aflicción Respuesta a la medicación Salud bucal Salud emocional del cuidador familiar Salud física del cuidador familiar Salud social: inmunidad. Ser padre: seguridad social

ANEXO IV

(Objetivos de salud seleccionados para Salud Mental tomados de la taxonomía propuesta por la Universidad de Iowa. N.O.C. conceptos)

Código	OBJETIVO	CONCEPTO
0306	**Actividad instrumental de la vida diaria**	*Capacidad para realizar actividades necesarias para funcionar en el hogar o a nivel social*
1305	**Adaptación psicosocial: Cambio de vida**	*Adaptación del individuo al cambio de vida que supone la enfermedad*
2203	**Alteración del estilo de vida del cuidador familiar**	*Alteraciones en el estilo de vida de un miembro de la familia debido a su papel de cuidador familiar.*
1408	**Autocontención de suicidio**	*Capacidad para contenerse de acciones e intentos de suicidio*
1205	**Autoestima**	*Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo*
1613	**Autogestión de los cuidados**	*Capacidad para realizar tareas físicas, cuidados personales y las actividades necesarias para funcionar en el hogar o en la sociedad.*
2508	**Bienestar del cuidador**	*Satisfacción de los proveedores de cuidados primarios con su salud y circunstancias de vida*
2001	**Bienestar espiritual**	*Expresiones personales de vinculaciones con el "Yo", los otros, el poder superior, toda la vida, la naturaleza y el universo que trascienden y se apoderan del "yo"*
0902	**Capacidad de comunicación**	*Capacidad para recibir, interpretar y expresarse verbalmente, por escrito y con mensajes no verbales.*
1601	**Conducta de cumplimiento**	*Acciones basadas en el asesoramiento profesional para promocionar el bienestar, la recuperación y la rehabliticación.*
1600	**Conducta de obediencia**	*Acción autoiniciada para favorecer el bienestar, la recuperación y la rehabilitación*

1911	**Conducta de seguridad**	*Esfuerzos individuales o del cuidado familiar para controlar conductas que podrían causar lesión física*
1809	**Conocimiento de seguridad**	*Grado de comprensión sobre la prevención de lesiones no intencionadas*
1815	**Conocimiento: funcionamiento sexual**	*Grado de comprensión trasmitido sobre el desarrollo sexual y la práctica sexual responsable*
1803	**Conocimiento: Proceso de la enfermedad**	*Grado de comprensión transmitido sobre el proceso de una enfermedad concreta*
0002	**Continencia intestinal**	*Control en la eliminación de heces*
0502	**Continencia urinaria**	*Control de la eliminación de orina*
1402	**Control de ansiedad: impulsos, inquietud**	*Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión y tensión por una fuente no identificada*
1401	**Control de la agresión**	*Autorestricción de una conducta agresiva, combativa o destructiva hacia los demás.*
1409	**Control de la depresión**	*Acciones personales para minimizar la tristeza y mantener el interés por los acontecimientos de la vida*
1405	**Control de los impulsos**	*Autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo*
1902	**Control de riesgos**	*Acciones para eliminar o reducir las amenazas para la salud, reales, personales, y modificables*
1403	**Control del pensamiento distorsionado**	*Autorrestricción de la alteración de la percepción, procesos del pensamiento y pensamiento*
1612	**Control del peso**	*Acciones personales para conseguir y mantener un peso corporal óptimo para la salud*

1700	**Creencias sobre la salud**	*Convicciones personales que influyen sobre la conducta*
0303	**Cuidados personales: comer**	*Capacidad para preparar e ingerir alimentos*
0305	**Cuidados personales: higiene**	*Capacidad para mantener la higiene personal*
0003	**Descanso, bienestar**	*Grado y patrón de la disminución de actividades para la recuperación mental y física.*
0200	**Deambulación: caminata**	*Capacidad para caminar de un sitio a otro*
0907	**Elaboración de la información**	*Capacidad para adquirir, organizar y utilizar la información*
1204	**Equilibrio emocional**	*Adaptación apropiada del tono emocional en respuesta a las circunstancias*
0601	**Equilibrio hídrico**	*Equilibrio de agua en los compartimentos intracelulares y extracelulares del organismo*
1201	**Esperanza**	*Presencia de un estado interno de optimismo que es personalmente satisfactorio y revitalizante*
1913	**Estado de seguridad: lesión física**	*Gravedad de las lesiones secundarias a accidentes o traumatísmos*
1004	**Estado nutricional**	*Magnitud a la que están disponibles los nutrientes para cumplir con las necesidades metabólicas*
1006	**Estado nutricional: masa corporal**	*Congruencia del peso, músculo y grasa corporales con la talla constitución y sexo*
0119	**Funcionamiento sexual**	*Integración de los aspectos físicos, socioemocionales e intelectuales de la expresión sexual*
1502	**Habilidades de interacción social**	*Uso de conductas de interacción efectivas*
1503	**Implicación social**	*Frecuencia de las interacciones sociales de un individuo, con personas, grupos u organizaciones*

0908	**Mantener la memoria**	*Capacidad para recuperar y comunicar la información previamente almacenada*
0208	**Nivel de movilidad**	*Capacidad para moverse con resolución*
0901	**Orientación cognitiva**	*Capacidad para identificar personas, lugares y tiempo*
2605	**Participación de la familia en la asistencia sanitaria**	*Implicación de la familia en la toma de decisiones, administración y evaluación de la asistencia realizada por el personal sanitario*
1604	**Participación en actividades de ocio**	*Uso de las actividades de ocio o relajantes de cara a fomentar el bienestar*
2512	**Recuperación del abandono**	*Recuperación tras la interrupción de los cuidados mínimos*

ANEXO V

(Taxonomía de intervenciones de enfermería propuesto por la Universidad de IOWA. N.I.C.)

INTERVENCIÓNES CODIFICADAS POR EL GRUPO DE IOWA

Acuerdo con el paciente Administración de medicación: intravenosa Acupresión Administración de analgésicos Administración de medicación: oftálmica Administración de analgésicos: intraespina Administración de medicación: oral Administración de anestesia Administración de medicación: ótica Administración de medicación Administración de medicación: rectal Administración de medicación: enteral, Administración de medicación: epidural Administración de medicación: reservorío ventricular Administración de medicación: subcutánea Administración de medicación: inhalación Administración de medicación: tópica Administración de medicación: interpleural Administración de medicación: vaginal Administración de medicación: intradérrnica Administración de nutrición: parenteral Administración de medicación: intramuscular Administración de productos: sanguíneos Administración de medicación: intraósea Aislamiento Alimentación Alimentación enteral por sonda Alimentación por biberón Amnioinfusión Análisis de la situación sanitaria Análisis de laboratorio a pie de cama Aplicación de calor o frío Apoyo a la familia Apoyo al cuidador principal Apoyo de hermanos Apoyo emocional Apoyo en la protección contra abusos	Apoyo en la protección contra abusos: ancianos Apoyo en la protección contra abusos: cónyuge Apoyo en la protección contra abusos: niños Apoyo en la protección contra abusos: religioso Apoyo en toma de decisiones Apoyo espiritual Apoyo para la consecución del sustento Asesoramiento Asesoramiento antes de la concepción Asesoramiento en la lactancia Asesoramiento genético Asesoramiento nutricional Asesoramiento sexual Asistencia en el mantenimiento del hogar Asistencia en la analgesia controlada por el paciente Asistencia para los recursos financieros Asistencia quirúrgica Aspiración de las vías aéreas, 184 Aumentar el afrontamiento Aumentar los sistemas de apoyo Autorización de seguros Autotransfusión Ayuda a la ventilación Ayuda al autocuidado Ayuda con los autocuidados: alimentación Ayuda con los autocuidados: aseo Ayuda con los autocuidados: baño/higiene Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal Ayuda en la exploración Ayuda en la lactancia materna Ayuda en la modificación de sí mismo Ayuda para dejar de fumar Alimentación por biberón Amnioinfusión
Análisis de la situación sanitaria Análisis de laboratorio a pie de cama Aplicación de calor o frío Apoyo a la familia Apoyo al cuidador principal Apoyo de hermanos Apoyo emocional Apoyo en la protección contra abusos Apoyo en la protección contra abusos: ancianos Apoyo en la protección contra abusos: cónyuge Apoyo en la protección contra abusos: niños Apoyo en la protección contra abusos: religioso Apoyo en toma de decisiones Apoyo espiritual	Apoyo para la consecución del sustento Asesoramiento Asesoramiento antes de la concepción Asesoramiento en la lactancia Asesoramiento genético Asesoramiento nutricional Asesoramiento sexual Asistencia en el mantenimiento del hogar Asistencia en la analgesia controlada por el paciente Asistencia para los recursos financieros Asistencia quirúrgica Aspiración de las vías aéreas, 184 Aumentar el afrontamiento Aumentar los sistemas de apoyo Autorización de seguros Autotransfusión

Ayuda a la ventilación Ayuda al autocuidado Ayuda con los autocuidados: alimentación Ayuda con los autocuidados: aseo Ayuda con los autocuidados: baño/higiene Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal Ayuda en la exploración Ayuda en la lactancia materna Ayuda en la modificación de sí mismo Ayuda para dejar de fumar Ayuda para disminuir el peso Ayuda para el control del enfado Ayuda para ganar peso Baño Biblioterapia Biorretroalimentación Cambio de posición Cambio de posición: intraoperatorio Cambio de posición: neurológico Cambio de posición: silla de ruedas Clarificación de valores Colaboración con el médico Comprobación de sustancias controladas Conservación de la fertilidad Consulta Consulta por teléfono Contacto Contacto terapéutico Contención de los costes Control de casos específicos Control de enfermedades transmisibles Control de hemorragias	Control de infecciones Control de infecciones: intraoperatorio Control del humor Coordinación preoperatoria Cuidado del drenaje Cuidados cardíacos Cuidados cardíacos: agudos Cuidados cardíacos: rehabilitación Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánico Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa Cuidados de bebés Cuidados de enfermería al ingreso Cuidados de incontinencia intestinal Cuidados de la incontinencia urinaria Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis Cuidados de la ostomía Cuidados de la piel: tratamiento tópico Cuidados de la retención urinaria Cuidados de la sonda gastrointestinal Cuidados de la zona de cesárea Cuidados de las heridas Cuidados de las heridas: drenaje cerrado Cuidados de las lentillas Cuidados de las úlcera Cuidados de las uñas Cuidados de los oídos Cuidados de los ojos Cuidados de los pies Cuidados de tracción/ inmovilización Cuidados de una prótesis Cuidados del cabello
Cuidados del catéter central insertado periféricamente Cuidados del catéter de drenaje de ventriculostomía Cuidados del catéter umbilical Cuidados del catéter urinario Cuidados del desarrollo Cuidados del drenaje torácico Cuidados del embarazo de alto riesgo Cuidados del embolismo periférico Cuidados del embolismo pulmonar Cuidados del niño prematuro Cuidados del paciente amputado Cuidados del paciente encamado Cuidados del paciente escayolado mantenimiento Cuidados del paciente escayolado yeso húmedo Cuidados del recién nacido Cuidados del sitio de incisión	Cuidados en la agonía Cuidados en la emergencia Cuidados en la incontinencia intestinal encopresis Cuidados intermitentes Cuidados intraparto Cuidados intraparto: parto de alto riesgo Cuidados perineales Cuidados por cese del embarazo Cuidados postanestesia Cuidados postmortem, Cuidados posparto Cuidados prenatales Dar esperanza Declarar la verdad al paciente Delegación Derivación Desarrollo de situación crítica Desarrollo de un programa

Desarrollo del personal Desintubación endotraqueal Destete de la ventilación mecánica Disminución de hemorragia: útero anteparto Disminución de la ansiedad Disminución de la flatulencia Disminución de la hemorragia Disminución de la hemorragia: gastrointestinal Disminución de la hemorragia: heridas Disminución de la hemorragia: nasal Disminución de la hemorragia: útero posparto Distracción Documentación Educación paterna: adolescentes Educación paterna: crianza familiar de los niños Educación paterna: niño Educación sanitaria Ejercicio del suelo pélvico Enseñanza: actividad/ ejercicio prescrito Enseñanza: dieta prescrita Enseñanza: grupo Enseñanza: habilidad psicomotora Enseñanza: individual Enseñanza: medicamentos prescritos Enseñanza: nutrición del niño pequeño Enseñanza: nutrición infantil Enseñanza: prequirúrgica Enseñanza: procedimiento / tratamiento Enseñanza: proceso de enfermedad Enseñanza: seguridad del niño pequeño Enseñanza: seguridad infantil Enseñanza: sexo seguro Enseñanza: sexualidad	Entrenamiento autogénico Entrenamiento de la asertividad Entrenamiento de la memoria Entrenamiento de la vejiga urinaria Entrenamiento del hábito urinario Entrenamiento intestinal Entrenamiento para controlar los impulsos Escucha activa, Establecer límites Establecimiento de objetivos comunes Estimulación cognoscitiva Estimulación cutánea, Estimulación de la integridad familiar de extensión Estimulación de la integridad familiar: familia con niño (recién nacido) Estimulación nerviosa eléctrica transcutánea Etapas en la dieta Evaluación de compañeros Evaluación de productos Exploración de la mama Facilitación de permisos Facilitación del crecimiento espiritual Facilitar el aprendizaje Facilitar el duelo Facilitar la autorresponsabilidad Facilitar la expresión de sentimientos de culpa Facilitación la meditación Facilitación las visitas
Fisioterapia respiratoria Flebotomía: muestra de sangre arterial Fomentar el sueño Fomento de la salud bucal Fomento de ejercicios de extensión Fomento de la comunicación Fomento de la implicación familiar Fomento de la normalización familiar Fomento de la paternidad Fomento de la resistencia Fomento de la salud comunitaria Fomento de la seguridad en el vehículo Fomento de los mecanismos corporales Fomento del acercamiento Fomento del desarrollo: adolescentes Fomento del desarrollo: niño Fomento del ejercicio Fomento del ejercicio: entrenamiento Fomento del ritual religioso Fototerapia: neonato Grupo de apoyo	Guía de anticipación Guías del sistema sanitario Evacuación inmediata Humor Identificación de riesgos Identificación de riegos: familia con recién nacido Identificación de riegos: genéticos Imaginación Inducción a Parto Información sensorial preparatoria Informe de incidencias Informe de turnos Inmovilización Intercambio información de cuidados de salud Intermediación cultural Irrigación de heridas Irrigación de la vejiga, Irrigación intestinal Manejo ácido-base Manejo ambiental Manejo ambiental: comunidad Manejo ambiental: confort Manejo ambiental: preparación del hogar

Manejo ambiental: prevención de la violencia Manejo ambiental: proceso de acercamiento Manejo ambiental: seguridad, Manejo ambiental: seguridad del trabajador Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo Manejo de ácido-base: acidosis metabólica Manejo de ácido-base: acidosis respiratoria Manejo de ácido-base: alcalosis metabólica Manejo de ácido-base: alcalosis respiratoria Manejo de electrólitos Manejo de electrólitos: hipercalcemia Manejo de electrólitos: hipercaliemia Manejo de electrólitos: hiperfosfatemia Manejo de electrólitos: hipermagnesemia Manejo de electrólitos: hipernatremia Manejo de electrólitos: hipocalcemia Manejo de electrólitos: hipocaliemia Manejo de electrólitos: hipofosfatemia Manejo de electrólitos: hipomagnesemia Manejo de electrólitos: hiponatremia Manejo de energía Manejo de ideas ilusorias Manejo de la alergia Manejo de la anafilaxia	Manejo de la conducta Manejo de la conducta: autolesión Manejo de la conducta: hiperactividad/ falta de atención Manejo de la conducta: sexual Manejo de la demencia Manejo de la diarrea Manejo de la disreflexia Manejo de la disritmia Manejo de la eliminación urinaria Manejo de la hiperglucemia Manejo de la hipervolemia Manejo de la hipoglucemia Manejo de la hipovolemia Manejo de la inmunización/vacunación Manejo de la medicación Manejo de la nutrición Manejo de la quimioterapia Manejo de la radioterapia Manejo de la sensibilidad periférica alterada Manejo de la tecnología Manejo de la tecnología reproductora Manejo de las alucinaciones Manejo de las convulsiones Manejo de las náuseas Manejo de las vías aéreas
Manejo de las vías aéreas artificiales Manejo de líquidos Manejo de líquidos / electrólitos Manejo de los recursos económicos Manejo de los suministros Manejo de los trastornos de la alimentación Manejo de muestras Manejo de presiones Manejo del código de urgencias Manejo del delirio Manejo del dolor Manejo del edema cerebral Manejo del estreñimiento/impactación Manejo del pesario Manejo del peso Manejo del prolapso rectal Manejo del prurito Manejo del shock Manejo del shock: cardíaco Manejo del shock: vasogénico Manejo del shock: volumen Manejo del vómito Manejo intestinal Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso Mantenimiento de la salud bucal Mantenimiento en procesos familiares Masaje simple Mediación de conflictos Mejora de la perfusión cerebral Mejorando la tos	Modificación de la conducta Modificación de la conducta: habilidades sociales Monitorización ácido-base Monitorización de electrólitos Monitorización de la calidad Monitorización de la presión intracraneal Monitorización de líquidos Monitorización de los signos vitales Monitorización del recién nacido Monitorización fetal electrónica: antes del parto Monitorización fetal electrónica: durante el parto Monitorización hemodinámica invasiva Monitorización neurológica Monitorización nutricional Monitorización respiratoria Movilización familiar Obtención de órganos Orientación de la realidad Oxigenoterapia Planificación del alta Planificación familiar: anticoncepción Planificación familiar: embarazo no deseado Planificación familiar: infertilidad Potenciación de la autoestima Potenciación de la conciencia de sí mismo Potenciación de la disposición de aprendizaje Potenciación de la imagen corporal Potenciación de la socialización Potenciación de roles Potenciación de la seguridad

Precauciones cardíacas Precauciones con hemorragias Precauciones Precauciones circulatorias con hipertermia maligna Precauciones con la hemorragia subaracnoidea Precauciones con láser Precauciones con látex Precauciones con los torniquetes neumáticos Precauciones contra fugas Precauciones contra incendios provocados Precauciones contra las convulsiones Precauciones en el embolismo Precauciones para evitar la aspiración Precauciones quirúrgicas Preceptor: empleado Preceptor: estudiante Preparación para el parto Preparación para un desastre en la comunidad	Preparación quirúrgica Prescribir medicación Presencia Prevención de caídas Prevención de la adicción religiosa Prevención de las úlceras por presión Prevención de lesiones deportivas: jóvenes Prevención de suicidios Prevención del consumo de sustancias nocivas Prevención del shock Primeros auxilios Protección contra las infecciones Protección de los derechos del paciente Protección de riesgos ambientales Punción intravenosa Recogida de datos de investigación Reestructuración cognitiva Regulación de la temperatura Regulación de la temperatura: intraoperatoria Regulación hemodinámica Relaciones complejas en el hospital
Relajación muscular progresiva Reposición de líquidos Restablecimiento de la salud bucal Restricción de zonas de movimiento Resucitación Resucitación: fetal Resucitación: neonato Reunión multidisciplinar sobre cuidados Revisión del carrro de emergencias Sedación consciente Seguimiento de la política sanitaria Seguimiento telefónico Sondaje gastrointestinal Sondaje vesical Sondaje vesical: intermitente Succión no nutritiva Sujeción física Supervisión del personal Supresión de la lactancia Supresión de las contracciones Sutura Técnica de relajación Terapia ambiental Terapia artística Terapia asistida con animales Terapia con sanguijuelas Terapia de actividad Terapia de deglución Terapia de diálisis peritoneal Terapia de ejercicios: control muscular Terapia de ejercicios: deambulación Terapia de ejercicios: equilibrio Terapia de ejercicios: movilidad articular Terapia de entretenimiento Terapia de grupo Terapia de hemodiálisis	Terapia de hemofiltración Terapia de juegos Terapia de relajación simple Terapia de reminiscencia Terapia familiar Terapia intravenosa Terapia musical Terapia nutricional Transcripción de órdenes Transporte Tratamiento de la exposición al calor Tratamiento de la fiebre Tratamiento de la hipotermia Tratamiento del trauma de la violación Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada de las drogas Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: retirada del alcohol Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas: sobredosis Triage: catástrofe Triage: centro de urgencias Triage: teléfono Ultrasonografía: obstétrica Ventilación mecánica Vestir Vigilancia Vigilancia de la piel Vigilancia: al final del embarazo Vigilancia: comunidad Vigilancia: electrónica en remoto Vigilancia: seguridad

ANEXO VI

(Intervenciones de enfermería para la resolución de respuestas de Salud mental seleccionadas del listado propuesto por la Universidad de IOWA. N.I.C. Agrupada por campos. Conceptos y acciones identificatorias)

	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.*
2080	**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.*
5602	**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.*

6487	**Manejo ambiental: prevención de violencia** Control y manipulación del ambiente físico para disminuir potencialmente las conductas violentas dirigidas hacia uno mismo, los demás o el ambiente	*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 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 físicamente 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. Determinar la aceptación del rol. 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.*
7180	**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*
7100	**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.*
7110	**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*

7130	**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 VII

Protocolo de recogida de datos:

Patrones funcionales , respuestas (NANDA), objetivos (NOC), intervenciones (NIC), fuente de recogida de datos (verbalizados, transcritos, observados)

RECOGIDA DE DATOS PARA EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

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.....

Autor. Tesis Doctoral de Rafael Sales i Orts

1º Valoración del Patrón: Percepción-control de la salud	R.H		Objetivo Propuesto	La acciones se recogen en las siguientes siglas V.- Verbalizadas; T .- Transcritas; O.- Observadas							Objetivo Alcanzado
1.Alteración o deterioro de la cognición, conocimiento o juicio que pueden implicar riesgo de accidente o lesión	1.1		**INTERVENCIONES/ACCIONES**								
2.Conductas de riesgo relacionadas con alteraciones o deterioro cognitivo	1.1		1 Manejo ambiental , 2 Vigilancia, seguridad , 3 Identificación de riesgos, 4 sujeción mecánica								
3. Incapacidad o limitación para mantener una conducta saludable	1.1										
Riesgo de intoxicación, lesión, Traumatismo, Asfixia, etc	R.H 1.1			V. I.					V. F.		
			Conducta Seguridad								**Conducta de seguridad**
			INTERVENCIONES 1 Manejo de medicación, 2 Enseñanza proceso enfermedad								
			Conocimiento seguridad								**Conocimiento seguridad**
			INTERVENCIONES 1 Identificación de riesgos 2 Potenciación de la seguridad								
			Control riesgo								**Control riesgo**
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		**Orientación cognitiva**								**Orientación cognitiva**
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		**Conducta de cumplimiento**								**Conducta de cumplimiento**

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 Guias del sistema sanitario, 4 Enseñanza medicación prescrita								
Incumplimiento del tratamiento	R.H 1.4		**Conducta de obediencia**								**Conducta de obediencia**
9. Se administra medicación o dosis diferentes a las prescritas por desconocimiento, incapacidad o incapacidad	1.5		**INTERVENCIONES** 1 Educación sanitaria, 2 Desarrollo de programas, 3 Enseñanza medicación prescrita								
Automedicación	R.H 1.5		**Conducta de obediencia**								**Conducta de obediencia**
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		**Participación de la familia en la asistencia sanitaria**								**Participación de la familia en la asistencia sanitaria**
VALORACION GLOBAL DEL PATRÓN			**Alteración Ingreso**								**alta**

2º Valoración del Patrón: Nutricional-metabólico.	**R.H**		Objetivo Propuesto									Objetivo Alcanzado
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**		**Estado nutricional: Masa corporal**									**Estado nutricional: Masa corporal**
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**		**Control del peso**									**Control del peso**
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**		**Estado nutricional**									**Estado nutricional**
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									
			Equilibrio hidrico									Equilibrio hidrico
VALORACION GLOBAL DEL PATRÓN			**Alteración Ingreso**									**alta**

3º Valoración del Patrón Eliminación.	R.H		Objetivo Propuesto		Objetivo Alcanzado
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		**Control de la micción**		**Control de la micción**
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		**Continencia intestinal**		**Continencia intestinal**
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		**Continencia intestinal**		**Continencia intestinal**
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		**Creencias sobre la salud**		**Creencias sobre la salud**
VALORACION GLOBAL DEL PATRÓN			**Alteración Ingreso**		**alta**

4º Valoración de Patrón: Actividad/ ejercicio	R.H		Objetivo Propuesto								Objetivo Alcanzado
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		Nivel de movilidad								Nivel de movilidad
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		Deambulación : caminata								Movimientos con objetivo
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		Autogestión de los cuidados: aseo								Autogestión de los cuidados: aseo
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		Autogestión de los cuidados: alimentación								Autogestión de los cuidados: alimentación

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		**Participación en actividades de ocio** | | | | | | | | **Participación en actividades de ocio**
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		**Actividad instrumental de la vida diaria** | | | | | | | | **Actividad instrumental de la vida diaria**
VALORACION GLOBAL DEL PATRÓN			**Alteración Ingreso** | | **alta**

5º Valoración de Patrón: Sueño/Descanso	R.H		Objetivo Propuesto | Objetivo Alcanzado
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		**Descanso, bienestar** | | | | | | | | **Descanso, bienestar**
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		**Descanso, bienestar** | | | | | | | | **Descanso, bienestar**
VALORACIÓN GLOBAL DEL PATRÓ			**Alteración Ingreso** | | **alta**

6º Valoración de Patrón: Cognitivo-perceptual		Objetivo Propuesto	Objetivo Alcanzado
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	**Control del pensamiento distorsionado**	**Control del pensamiento distorsionado**
		INTERVENCIONES	
		1 Orientación en la realidad, 2 Manejo de la medicación, 3 Manejo ambiental: seguridad	
		Orientación cognitiva	**Orientación cognitiva**
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	
Déficit de conocimiento	R.H 6.2	**Orientación cognitiva**	**Orientación cognitiva**
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	**Mantener la memoria**	**Mantener la memoria**
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	**Orientación cognitiva**	**Orientación cognitiva**
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	**Elaboración de la información**	**Elaboración de la información**

VALORACION GLOBAL DEL PATRÓN			**Alteración Ingreso**							**alta**
7º. Patrón Autopercepción y Autoconcepto	**R.H**		Objetivo Propuesto						Objetivo Alcanzado	
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**		**Control de la ansiedad: Impulsos, agresividad, etc**							**Control de la ansiedad: Impulsos, agresividad, etc**
			INTERVENCIONES							
			1 Aumentar sistemas de apoyo, 2 Potenciar la socialización, 3 Entrenamiento en la asertividad							
			Habilidades de interacción social							**Habilidades de interacción social**
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**		**Control de la depresión**							**Control de la depresión**
			INTERVENCIONES							
			1 Dar esperanza, 2 Control del humor, 3 Presencia							
			Esperanza							**Esperanza**
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**		**Autoestima**							**Autoestima**

			INTERVENCIONES									
			1 Aumentar el afrontamiento, 2 Control del humor, 3 Aumentar sistemas de apoyo									
			Equilibrio emocional									**Equilibrio emocional**
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									
Trastorno de la imagen corporal	R.H 7.4		**Adaptación psicosocial: cambio de vida. Identidad**									**Adaptación psicosocial: cambio de vida. Identidad**
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		**Control de los impulsos**									**Control de los impulsos**
VALORACIÓN GLOBAL DEL PATRÓN			**Alteración Ingreso**									**alta**

8º Patrón Rol- Relaciones	R.H	Objetivo Propuesto								Objetivo Alcanzado
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, 2Control 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	**Control de la depresión**								**Control de la depresión**
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	**Habilidades de interacción social**								**Habilidades de interacción social**
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	**Implicación social**								**Implicación social**
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	**Alteración del estilo de vida del cuidador familiar**								**Alteración del estilo de vida del cuidador familiar**

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		**Bienestar del cuidador** | | | | | | | | | **Bienestar del cuidador**
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		**Capacidad de comunicación** | | | | | | | | | **Capacidad de comunicación**
VALORACION GLOBAL DEL PATRÓN			**Alteración Ingreso** | | | **alta**

9º. Patrón Sexualidad y Reproducción	R.H		Objetivo Propuesto | Objetivo Alcanzado
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		**Funcionamiento sexual** | | | | | | | | | **Funcionamiento sexual**
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		**Conocimiento: Funcionamiento sexual** | | | | | | | | | **Conocimiento: Funcionamiento sexual**
VALORACIÓN GLOBAL DEL PATRÓN			**Alteración Ingreso** | | | **alta**

10º. Patrón adaptación tolerancia al estrés	R.H		Objetivo Propuesto								Objetivo Alcanzado
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		**Control de la agresión**								**Control de la agresión**
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		**Adaptación psicosocial: Cambio de vida**								**Adaptación psicosocial: Cambio de vida**
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		**Recuperación del abandono**								**Recuperación del abandono**
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		**Autocontención del suicidio**								**Autocontención del suicidio**
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		**Evitar la autolesión**								**Evitar la autolesión**
VALORACIÓN GLOBAL DEL PATRÓN			**Alteración Ingreso**								**alta**

11º. Patrón Valores y Creencias	**R.H**		Objetivo Propuesto							Objetivo Alcanzado	
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**		**Bienestar espiritual**								**Bienestar espiritual**
VALORACIÓN GLOBAL DEL PATRÓN			**Alteración Ingreso**								**alta**