

eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea



Leioako Erizaintzako
Unibertsitate Eskola
Escuela Universitaria
de Enfermería de Leioa

TRABAJO DE FIN DE GRADO

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

EN EL PROCESO DE DUELO

Jennifer Gastón Méndez

Leioa, 14 de Mayo de 2014

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE DUELO

1. Resumen

En el siguiente trabajo se lleva a cabo un plan de cuidados específico, para personas que están en proceso de duelo por la pérdida de una persona querida y muy significativa en su vida, tras una larga enfermedad, y a la que tuvo que acompañar en su sufrimiento.

Para dar respuesta y establecer una relación de ayuda en estas situaciones se precisa de un modelo enfermero, porque si en general es importante centrarse en la persona al proporcionar cuidados, más lo es en este contexto en particular. De ahí que se tome como referencia el modelo de necesidades de Virginia Henderson. A partir de ellas y aplicando metodología enfermera, se valora de forma integral a la persona, en las 14 necesidades humanas básicas que ella establece, para poder reconocer aquellas que estén alteradas mediante escalas, cuestionarios e índices que aportan datos relevantes de la situación.

Además, emplear metodología enfermera (Proceso de atención de enfermería) contribuye a identificar y enunciar los diagnósticos enfermeros (NANDA) y aplicar e interrelacionar las taxonomías (NOC-NIC) para determinar resultados esperados y las intervenciones más eficaces, que la enfermera realizará para ayudar a la persona en el manejo de sus emociones y de la situación.

En definitiva dar respuesta a los requerimientos (necesidades) y ayudar a la persona a lograr un alto grado de independencia.

Palabras clave¹: duelo, cuidado, enfermería, modelo, taxonomía, necesidad

¹ Palabras clave consultadas en la base de Descriptores en ciencias de la salud.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE DUELO

ÍNDICE

1. Introducción	1
1.1. Etapas del duelo	3
1.2. Modelo.....	4
2. Objetivos	7
2.1. General.....	7
2.2. Específicos	7
3. Metodología	7
3.1. Valoración.....	8
3.2. Diagnóstico de enfermería	9
3.3. Planificación.....	11
3.4. Ejecución	12
3.5. Evaluación	13
4. Desarrollo del caso clínico	13
4.1. Justificación del caso	13
4.2. Caso clínico	14
4.3. Resultados.....	15
5. Discusión	24
6. Conclusiones	25
7. Bibliografía	26
8. Anexos	29

1. Introducción

Los profesionales de enfermería, a la hora de dar cuidados, observan cómo las estrategias de afrontamiento de cada persona son diferentes, cuando éstas se enfrentan a la pérdida de, algo para ellos significativo y a la muerte de alguien, son experiencias de complicado manejo. Su formación, preparación y conocimiento sobre estas situaciones les ayuda a prever y comprender las respuestas de los usuarios y de las familias con las que hay que trabajar y ayudar.

Las emociones y sentimientos que afloran y se manifiestan, cuando alguien sufre una pérdida, se denominan aflicción^{II}, luto o duelo^{III} siendo la situación más dura de afrontamiento para una persona, sobre todo si se trata de la pérdida de un ser querido.

Destacar la importancia del proceso de duelo, ya que es un proceso vital e inevitable para todas las personas.

Aunque estos percances se viven de modo diferente existen características que se repiten en la mayoría de las personas¹.

El duelo es un acontecimiento vital que produce un estrés importante y que engloba gran cantidad de sentimientos²: tristeza, soledad, enfado, confusión. Éste proceso, al ser algo “*natural*”, que ocurre en algún momento de la vida de las personas, incluye cambios significativos en su forma de pensar, actitudes, comportamientos y vida espiritual del doliente, pudiendo durar alrededor de un año en el caso de las pérdidas por muerte, incluso prolongarse hasta dos años¹.

El duelo presenta una serie de **características**²:

- No ser una enfermedad y por ello no se cura, al ser un proceso que requiere adaptación a una nueva realidad. En la mayoría de los casos su evolución es favorable, solo entre un 10 y un 20% de los casos termina en lo que se conoce como duelo complicado o disfuncional.

- Ser una situación única, e intransferible, de la misma manera en la que no hay dos personas idénticas tampoco existen dos duelos iguales ya que cada una de ellas lo vive de manera diferente.

- Tener una cronología indeterminada: no se puede establecer cuando empieza y termina el proceso de duelo ya que es algo complejo. Existen casos

^{II} Aflicción; Afligir: causar tristeza o angustia moral.

^{III} Duelo: demostraciones que manifiestan el sentimiento que se tiene por la muerte de alguien. La aflicción, luto y duelo son consideramos sinónimos.

en los puede durar toda una vida y en otros, como en los de enfermedad terminal, puede comenzar antes del fallecimiento.

- Estar condicionado por el entorno socio-cultural, en el que vive la persona que sufre la pérdida, creencias, ritos y ceremonias pueden ayudar a enfrentarse a los cambios y a su nueva realidad.

En algunos casos puede ocurrir que existan dificultades para llevar a cabo el proceso de duelo de forma “*natural*”. Esto hace que el proceso se prolongue y la persona tarde más tiempo en manifestar y, realmente sentir encontrarse bien. Si el duelo fuera disfuncional, aparecen los síntomas pero más exagerados y distorsionados. Cuando no pueden superarlo necesitan ayuda de personal especializado como psiquiatras, psicólogos y enfermeras especialistas en salud mental¹, ya que como profesionales de la salud tienen formación y competencias^{IV} para intervenir en este tipo de situaciones.

Además, tienen que conocer los signos y síntomas, que pueden ayudar a identificar cuándo la persona está ante un duelo complicado. Son los denominados **criterios diagnósticos** del “Trastorno por Duelo Prolongado”, propuestos en 2007 por Prigerson, Vanderwerkwew y Maciejewski para el DSM-V, cuando la pérdida se refiere a una persona³.

1. Criterio A: Si la persona presenta diariamente al menos uno de los siguientes síntomas: pensamientos intrusos a cerca del fallecido, “punzadas” de dolor incontrolable por la separación y añorar intensamente al fallecido.

2. Criterio B: Expresar cada día al menos 5 de estos 9 síntomas:

- Estar confuso acerca de su papel en la vida, o sentir que ha muerto una parte de sí mismo.
- Dificultad para aceptar que la pérdida es definitiva.
- Tratar de evitar todo lo que le recuerde que su ser querido ya no está.
- Desde la defunción, percibirse incapaz de confiar en los demás
- Estar enfadado o amargado consigo mismo o con los demás en relación con el fallecimiento.
- Sentirse mal por tener que seguir adelante con su vida.
- Notarse frío e insensible.

^{IV} Saber ser: Equivale a demostrar conocimientos y habilidades para identificar problemas y sus causas, tomando decisiones adecuadas y utilizando el pensamiento crítico para llevar a cabo acciones enfermeras seguras, eficaces y eficientes

- Verse frustrado ante la vida, vacía y sin sentido, desde la pérdida
 - Sentirse como “atontado”, aturdido o conmocionado.
3. Criterio C: Cuando la duración de los síntomas citados es de al menos 6 meses.
 4. Criterio D: Todos estos síntomas causan malestar clínico o un importante deterioro en sus actividades de la vida diaria, (AVD) social y laboral.

Las enfermeras de salud mental, también valorarán los diferentes **factores** de riesgo facilitadores de la aparición y mantenimiento de duelo complicado⁴:

- **Situacionales:** muerte súbita no anticipada, ausencia de objeto de duelo, recursos materiales escasos, situación de paro, suicidio, larga enfermedad.
- **Personales:** tener baja tolerancia al estrés y dificultad de expresión emocional.
- **Interpersonales:** falta de apoyo social, relaciones de dependencia, percepción de muerte evitable.

Considerar el duelo como un proceso significa asumir la presencia de diferentes **etapas**, no teniendo que pasar necesariamente por todas, ya que en cada persona es diferente. Algunos autores han descrito las etapas del duelo⁴, pero la más significativa en este tema es la Dra. Elisabeth Kübler – Ross^V. Después de realizar numerosos estudios en personas a las que se les había diagnosticado una enfermedad terminal⁴ identificó, enumeró y describió etapas, no teniendo que presentarse todas en el mismo orden⁵ y pudiendo ser aplicables al duelo.

1.1 Etapas del duelo.

Son las siguientes⁶:

1. **Negación:** Significa la imposibilidad de reconocer el hecho de que aparezca la enfermedad o la pérdida. Está considerada como una defensa provisional para afrontar la situación.
2. **Ira.** Dirigida contra uno mismo y su entorno, tras un periodo de negación.
3. **Negociación.** Representa cómo la persona llega a un acuerdo con Dios, con uno mismo o con personas allegadas. Se prometen lograr metas personales para alcanzar la recuperación y alargar así la vida.

^V E. Kübler Ross, psiquiatra que enseñó a afrontar la muerte con dignidad y sosiego. En 1969 publicó “On the death and dying”, recogiendo su experiencia con 200 enfermos terminales.

4. **Depresión.** Las características que definen esta etapa son: Tristeza, pensamientos negativos, deseos de muerte, aislamiento social y por último una actitud cambiante hacia la enfermedad.
5. **Aceptación.** Se manifiesta una actitud de lucha y supervivencia, de asumir la enfermedad pero sin ser pasivos ante la misma.

Proporcionar como enfermeras, cuidados que van más allá de lo físico requiere equilibrio emocional, madurez personal, formación y sensibilidad para poder abordar el caso de la perspectiva adecuada, e **implicarnos** sin perder la objetividad como profesionales, aunque en ocasiones puedan aflorar los sentimientos.

Para ello, también se necesitan referentes que ayuden en el modo de cuidar, “modelos de enfermería”^{VI}, mostrando de esta manera cómo es la disciplina enfermera y que adquieren significado cuando son trasladados a la práctica diaria⁷.

1.2 Modelo

En este trabajo, para la elaboración de un plan de cuidados estandarizado e individualizado, se utilizará el **Modelo** conceptual propuesto en 1955 por Virginia Henderson, perteneciente a la Escuela de Necesidades⁸ (plantea catorce necesidades humanas básicas) y cuya tendencia es la de suplencia y ayuda. Es por tanto humanista, centrado en la función independiente de las enfermeras, de los más conocidos y utilizados por ser uno de los que mejor se adapta a nuestro ámbito, admitir como metodología⁹ adecuada para ponerlo en práctica, el proceso de atención de enfermería y además porque facilita el uso de la taxonomía NANDA I¹⁰.

Se requiere también, comprender los conceptos “nucleares”⁹ de este modelo. La **persona** como ser integral, el **entorno** como influencia positiva o negativa en la salud, el **rol** que ejerce la enfermera en cuanto a la ayuda que proporciona para la satisfacción de las necesidades de supervivencia cuando le falta el conocimiento^{VII}, fuerza^{VIII}, voluntad^{IX}, y la **salud** equiparable a las 14 necesidades satisfechas de forma independiente.

^{VI} Modelos de enfermería: Sirve como pauta para llevar a cabo los cuidados.

^{VII} Conocimiento: Relacionado con cuestiones básicas de la salud y la enfermedad, la persona y los recursos disponibles.

^{VIII} Fuerza: Capacidad física, psíquica y capacidad para llevar a cabo acciones.

Según V. Henderson necesidad, no es un problema o una carencia¹¹, es todo aquello que es esencial al ser humano para asegurar su vida o mantener su bienestar y en su modelo equivale a requisito, algo que condiciona la supervivencia de una persona. *“Una necesidad, es un requisito más que una carencia”*¹².

Utilizar la metodología enfermera supone poner en práctica el **Proceso de Atención de Enfermería** (PAE) con cinco etapas⁹: Valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, ejecución y evaluación. Es el método de resolución de problemas que proporciona además las bases para que las enfermeras utilicen el pensamiento crítico. Realizar una valoración en base a las 14 necesidades, referenciadas en el modelo, permite reconocer las manifestaciones de dependencia^x, independencia^{xi} y autonomía^{xii} de la persona⁹. Es preciso que los profesionales de enfermería sean conscientes de que las necesidades son universales y las respuestas del individuo familia y comunidad específicas. Una vez recogidas los datos de aquellas necesidades alteradas: se identificarán los problemas que puedan ser diagnósticos de enfermería, (DE) enunciándolos según la taxonomía, North American Nursing Diagnosis Association (NANDA- I) Internacional, de 2012 – 2014, además de los problemas de colaboración. Se enunciarán, los resultados esperados, según la taxonomía Nursing Outcomes Classification/Clasificación de Resultados Esperados (NOC/CRE) y las intervenciones contenidas en la taxonomía Nursing Intervention Classification/Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC/CIE) especificando las actividades más representativas⁹ que ayuden a lograrlos.

Es preciso señalar la importancia de establecer interrelaciones NANDA I-NOC-NIC (NNN) a la hora de elaborar un plan de cuidados por parte de la enfermera. Este lenguaje se desarrolla realizando la investigación enfermera por lo que se recomienda el uso de NANDA I a todas las enfermeras con el fin de construir, avanzar y ampliar la disciplina enfermera¹².

^{ix} Voluntad: Decisión adecuada en una situación, ejecución y mantenimiento para satisfacer las necesidades.

^x Dependencia: desarrollo insuficiente del potencial de la persona para satisfacer necesidades básicas, en el presente y futuro, de acuerdo a la situación de vida, por falta de fuerza, voluntad y conocimiento.

^{xi} Independencia: nivel óptimo del desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo a su situación de vida.

^{xii} Autonomía: capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

Alfaro en 1995, definió el plan de cuidados¹³ como el método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados ante la respuesta que cada persona da a problemas de salud reales o potenciales.

El plan de cuidados estandarizado¹⁴, se define como la protocolización de las actuaciones de enfermería según las necesidades de cuidados que presentan grupos de pacientes que comparten diagnóstico médico, una vez implementados permiten establecer la evaluación como eje de mejora de las intervenciones.

Otros autores aportan definiciones a este concepto considerando que el plan de cuidados estandarizado es un instrumento que garantiza la seguridad del personal cuidador, pero también la del paciente. Es elaborado junto con el paciente, ya que es éste quien decide los objetivos que desea alcanzar, puesto en marcha por la enfermera, reactualizado, evaluado a partir de los objetivos esperados y validado¹⁵.

Para los profesionales de enfermería, sirve como guía para la toma de decisiones ya que durante su utilización hay que hacer diferentes elecciones sobre las actividades que se van a llevar a cabo y el objetivo a conseguir¹⁵.

Trabajar con planes de cuidados supone considerar sus **características**:

- Permite prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática.
- El centro y el eje sobre el que va a girar, siempre será la persona y más en este caso ante una situación de duelo.
- Al ser los receptores personas, promueve cuidados humanistas, es necesario ver más allá de la enfermedad, no centrarlos en síntomas de la misma.
- Ayuda a comprobar si se logran los resultados, al realizar intervenciones y actividades eficaces que modifiquen el estado de salud de la persona.

Una vez conocidas las características del plan de cuidados, estas son las **ventajas** que tiene su uso, pudiéndose incluir en tres ámbitos¹³:

- Profesional. Define el campo profesional y contiene normas de calidad. Tener habilidades, técnicas, interpersonales, de comunicación y conocimientos sobre la salud, ayuda a la enfermera a identificar sus funciones independientes.
- Del usuario: Le permite participar en su autocuidado, facilita y garantiza la continuidad y calidad de los cuidados de enfermería y de la atención sanitaria y le asegura un cuidado individualizado.

- Personal: La enfermera se convierte en experta en metodología, aumenta su satisfacción en el trabajo y proporciona información para la investigación.

Por tanto la enfermera cuando el profesional de enfermería pone en marcha un plan de cuidados valora el estado de salud del paciente e identifica y pone tratamiento a los problemas que están dentro de su dominio enfermero y evalúa si lo que ha hecho ha proporcionado los resultados esperados.

Una vez finalizado el plan de cuidados, permitirá tener una visión clara y rápida de los datos del problema, de las decisiones que se tomarán para intentar resolverlos y de los efectos de los cuidados¹⁵ en la persona que los recibe.

2. Objetivos

2.1. General

- Proporcionar apoyo y ayuda a las personas que han sufrido la pérdida de un familiar/cónyuge, para mejorar la aceptación y adaptación a su vida, mediante un plan de cuidados enfermeros manteniendo un grado de salud óptima^{XIII}.

2.2. Específicos

La enfermera será capaz de:

- Reconocer de forma rápida, clara y precisa los signos y síntomas del duelo complicado al realizar la valoración por necesidades según el modelo de Virginia Henderson y aplicar e interrelacionar las taxonomías NNN.

- Diseñar y aplicar estrategias, individuales y familiares, y que mediante una comunicación eficaz ayuden en el proceso del duelo y favorezcan una evolución "*natural*" del proceso.

3. Metodología

La enfermería como profesión realiza su práctica en base a una metodología determinada, (PAE) y al uso de un plan de cuidados. Una vez visto qué son, sus características y las ventajas de los segundos se describen a continuación las etapas del proceso de atención de Enfermería, indispensable herramienta que ayuda a las enfermeras a razonar o pensar de forma crítica¹⁶ y reflexiva.

^{XIII} Salud óptima: Hace referencia a que toda persona tiene un nivel óptimo de funcionamiento, que representa su mejor bienestar posible.

3.1 Valoración

La valoración se realiza en base a las necesidades porque ayuda, a la enfermera, a saber qué grado de autonomía, dependencia o independencia tiene una persona en cada una de las 14 necesidades que señala el modelo. Trabajar en aquellas que se encuentren alteradas para conseguir en el menor tiempo posible que ella misma pueda satisfacer y conseguir así su independencia.

La primera y más significativa etapa del proceso, y el paso inicial para identificar un problema, es la valoración. Se procede a la recogida de datos, su análisis y se ve cómo afectan a la situación global del usuario. Las valoraciones, pueden ser iniciales, focalizadas y finales. La enfermera, clasifica, agrupa, interpreta y valida, siempre que pueda con el usuario, los datos antes de emitir la hipótesis diagnóstica⁹.

Para realizar la valoración disponemos de una serie de herramientas⁹:

- Entrevista^{XIV}. Es una interacción humana compleja, que requiere del aprendizaje y entrenamiento de habilidades comunicativas por parte del profesional ya que el estado psíquico y emocional de la persona puede influir positiva o negativamente en el desarrollo de la entrevista¹⁷.

- Observación. En este paso se recoge la información través de los cinco sentidos, requiere práctica y disciplina. También, capacidad para reconocer estímulos y por otra parte seleccionar, organizar e interpretar los datos obtenidos.

Las observaciones deben ordenarse para que no se pierda nada importante.

- Exploración física. Será minuciosa y sistemática, es imprescindible dominar su práctica para tener éxito, mientras se lleva a cabo es importante favorecer la comunicación, proporcionar intimidad y dar confianza. Pueden utilizarse técnicas como: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Valorar a partir de las 14 necesidades de Virginia Henderson⁹ (Anexo 1) supone por parte de la enfermera identificar formas de cómo ayudar a conseguir el máximo grado de bienestar e independencia¹⁵ de la forma más rápida posible.

^{XIV}RAE: Concurrencia y conferencia de dos o más personas, en un lugar determinado para tratar o resolver un negocio.

3.2 Diagnóstico de enfermería

La segunda fase del PAE se corresponde con los Diagnósticos de enfermería (DE). Se define como un juicio clínico basado en la respuesta de un individuo, familia, comunidad, a problemas de salud, reales o potenciales y procesos vitales. Proporciona la base para definir los objetivos y las intervenciones de los que la enfermera es responsable¹⁸. Se presentan, algunas las definiciones que históricamente dan varias autoras y organizaciones⁹. En 1976 para Marjory Gordon los diagnósticos de enfermería se formulan por enfermeras profesionales, describiendo problemas de salud reales y/o potenciales que por su formación y experiencia, son capaces de diagnosticar y tratar.

Entre 1990 y 1994, para la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) el DE es: *“Un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales. El DE proporciona la base para la selección de las intervenciones de enfermería destinadas a lograr los resultados de los que la enfermera es responsable”*¹⁹.

Pocos años después Lynda Carpenito los define cómo: *“Enunciado que describe la respuesta humana (individual/grupo) y que la enfermera puede legalmente identificar y para la que puede prescribir actuaciones definitivas para mantener el estado de salud, reducir, eliminar o prevenir las alteraciones”*¹⁸.

A principios de este siglo autoras como M^a T, Luis Rodrigo definen el DE cómo un juicio clínico basado en el grado de satisfacción de las necesidades de una persona según su situación vital. También defiende que los DE están dentro de aquellas actividades que la enfermera realiza de forma independiente, ya que las identifica, valida y trata, siendo la responsable del resultado final del proceso²⁰.

En el caso de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y diagnósticos de enfermería (AENTDE) el DE es: *“Es el juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente”*²¹

Según el comité de expertos de NANDA-I el diagnóstico enfermero es *“un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a problemas de salud reales, potenciales o a procesos vitales... que la enfermera es responsable”*¹⁹

Una vez realizada la valoración y teniendo en cuenta aquellas necesidades que están alteradas se enunciarán los diagnósticos de enfermería (DE) según la taxonomía multiaxial^{XV} de NANDA- Internacional. (NANDA-I).

Los DE pueden ser de varios tipos¹³ y según el eje 7, estado del diagnóstico:

1. **Reales:** describe respuestas humanas a procesos vitales o estados de salud. Están apoyados por las características definitorias (signos y síntomas) y validan la presencia del problema.

M. Gordon propuso una manera útil de enunciarlos según el formato: problema, etiología y signos/síntomas (**P.E.S**) y que NANDA-I recomienda utilizar. Cada elemento que configura el formato citado puede describirse cómo:

- Problema, descripción breve del problema de salud, corresponde a la etiqueta diagnóstica.

- Etiología, son los factores desencadenantes, causales, contribuyentes y/o relacionados con la aparición de un problema.

- Características definitorias o evidencias clínicas, son las manifestaciones objetivas y subjetivas que indican la presencia de una etiqueta diagnóstica (P) (signos y síntomas). Están presentes sólo en los diagnósticos reales.

2. Potenciales o de **riesgo**. Se centran en las respuestas de las personas que pueden aparecer, en la familia, individuo, comunidad porque los factores de riesgo los hacen vulnerables. Describen las alteraciones que se presentarán si las enfermeras no realizasen intervenciones de prevención.

3. De **síndrome**: recoge un grupo de diagnósticos reales o potenciales que pueden aparecer como consecuencia de una situación o acontecimiento. Sirven para describir problemas complejos.

4. **Promoción de la salud**: están relacionados con la motivación y el deseo expresado por el individuo, familia o comunidad para aumentar su bienestar.

Otros problemas detectados son denominados complicaciones potenciales o **problemas de colaboración** (CP)^{XVI}. Hacen referencia a las complicaciones fisiológicas que pueden aparecer, y aparecen en órganos o sistemas debido a ciertos diagnósticos o modalidades de tratamiento. L. Carpenito¹⁸ recomienda enumerarlos como complicación potencial (C.P) secundario a, seguido del problema médico. La enfermera interviene en la resolución de los mismos,

^{XV} Multiaxial: Formado por 7 ejes (Núcleo y sujeto del diagnóstico, juicio, localización, edad ,tiempo, estado)

^{XVI} CP: problemas de salud detectados que no se resuelven sólo mediante la actuación de los profesionales de enfermería. Se requiere la intervención de otros profesionales: médicos, psicólogos, trabajadores sociales,...

ejerciendo un papel de colaboradora y asumiendo la función dependiente en la realización de acciones que generalmente otro profesional, el médico, indica como tratamiento.

Desde el año 2010 en nuestro país, en el anexo VII del Real Decreto²² 1093/2003 del septiembre, y que posteriormente se adapta en la CAV en el 2012²³, se especifica la obligatoriedad de utilizar las taxonomías NNN así como la necesidad de poner en práctica un lenguaje estandarizado.

La Taxonomía NANDA-I puede entenderse como: Un lenguaje específicamente enfermero aceptado y reconocido, además de ser una terminología útil y que sirve de soporte durante la práctica¹³ que contiene tres niveles:

1. **Dominio:** Es el nivel más abstracto y se corresponde con el estudio, interés o la actividad que se realiza.
2. **Clase:** Subdivisión de un grupo mayor, una división de las personas o cosas por su calidad rango o grado.
3. **Etiqueta:** es el nombre del DE.

3.3. Planificación

Tercera fase del proceso, planificación. Es el momento en el que se definen los resultados esperados mediante los tratamientos de enfermería concretados en intervenciones y actividades. Dentro de esta fase se incluirá: determinar prioridades, establecer resultados, seleccionar las intervenciones enfermeras y por último, asegurarse de realizar el registro del plan de cuidados⁹.

La taxonomía NOC ya citada, es una clasificación global y estandarizada de los resultados del enfermo/cliente, desarrollada para evaluar los efectos de los cuidados de enfermería (intervenciones)²⁴.

En esta taxonomía se especifican 5 niveles:

1. Dominios. Son 7: salud funcional, fisiológica, psicosocial, conocimiento y conducta de salud, salud percibida, familiar y comunitaria.
2. Clases. Los dominios están subdivididos en 31 clases.
3. Resultados esperados. Son 308 en la actualidad.
4. Indicadores: se define como una conducta observable del paciente enunciada en términos neutros.
5. Escalas de tipo Likert cuyo rango va de 1 punto (indica la peor situación) a 5 puntos que señala la mejor.

Por otra parte la taxonomía NIC/CIE, cuenta con 3 niveles: 7 campos, 30 clases y 514 intervenciones²⁵. Estas últimas se definen como estrategias específicas, tratamientos de enfermería basados en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería, y están diseñadas para ayudar a la persona a conseguir los resultados²⁶.

Son intervenciones independientes y mediante ellas, se pueden proporcionar cuidados directos (aquellos que se realizan a través de la interacción con el paciente) o indirectos, (tratamiento realizado lejos del paciente pero en su beneficio que además de ser necesarias, son complementarias a las primeras.

Por otro lado las intervenciones también pueden ser²⁵:

- Dependientes o delegadas: intervenciones que la enfermera realiza pero son ordenadas por otro profesional. Se realizan por ejemplo en los problemas de colaboración
- Independientes: efectuadas como resultado de su propia capacidad, conocimiento y toma de decisiones aplicando el pensamiento crítico.
- Interdependientes: acciones que la enfermera pone en práctica conjuntamente con otros profesionales del equipo de salud.

Recientemente M. Lunney indica que las intervenciones pueden seleccionarse en base a²⁷:

- a. La comparación que la enfermera realiza entre diagnóstico, los objetivos y la Intervención.
- b. Las taxonomías publicadas ayudan a identificar intervenciones que sirven para lograr los resultados esperados.
- c. Las profesionales clínicas, podrán validar aquellas intervenciones que utilicen con sus pacientes.
- d. Definir las actividades y compararlas con las intervenciones que se consideran más útiles.

3.4. La fase de **implementación (ejecución)**, denominada así actualmente, es la puesta en marcha del plan de cuidados, realizando todas las intervenciones programadas. Es importante en esta etapa establecer prioridades en base a las 14 necesidades de Virginia Henderson e identificando cuáles son aquellas que requieren un abordaje más temprano¹³. A lo largo de esta fase es importante registrar todo lo que se hace y dejando así constancia de lo realizado.

3.5. Evaluación

Aunque está presente a lo largo de todo el proceso, se considera la última fase y es la clave para identificar la excelencia de los cuidados mediante la comparación, que hace la enfermera de los resultados obtenidos después de su intervención¹³. Se determina como ha funcionado el plan de cuidados y se comprueba si el usuario ha alcanzado los objetivos previstos, en definitiva mejorar su independencia y su autonomía.

Utilizar en la práctica el PAE exige a las enfermeras la comprensión y utilización de un lenguaje enfermero estandarizado (LEE) y unificado durante el desarrollo de su labor profesional. Este lenguaje describe problemas, contextos y actuaciones para las que no existe una descripción suficientemente detallada¹². Es un método organizado de etiquetas que incluye definiciones y descripciones de los tres elementos del cuidado: diagnóstico (NANDA), resultado (NOC) e intervención (NIC).

4. Desarrollo del caso clínico (persona ficticia)

4.1. Justificación del caso

Los cuidados, responsabilidad de las enfermeras, pueden representarse a través de los planes, estandarizados o individualizados. Se requiere para ello no solo conocimientos (saber) sino que en su aprendizaje escalonado sean capaces de adquirir competencias (saber cómo) para que previamente al ejercicio profesional (hacer) en el mundo real²⁸, demuestren su capacitación ante situaciones semejantes a las reales (demostrar cómo)²⁹. (Anexo 2).

En base a este argumento, se presenta una propuesta de plan de cuidados personalizado para una mujer en situación de duelo.

El caso que se aborda, es el de una mujer “mayor” que se queda viuda, teniendo en cuenta que la viudez es uno de los mayores retos emocionales a los que se puede enfrentar un ser humano. Muchos estudios han demostrado que los ancianos se adaptan mejor a la viudez que los adultos más jóvenes. Por lo general, la edad no es un factor importante en el proceso del duelo, pero sí es importante para la adaptación⁵.

Aunque se necesite tiempo para reponerse de una situación de este tipo, la mayoría de las personas viudas reconstruyen sus vidas. La soledad, la tristeza y la depresión dan paso a una capacidad de valerse por sí mismas. Cuando se

mantienen ocupadas, asumen nuevos papeles, se dedican a sus actividades corrientes o salen a menudo con amigos son las que mejor se adaptan a la nueva situación⁵.

4.2. Caso clínico

Mujer jubilada que acude a la consulta de enfermería, acompañada de su hija, a una revisión rutinaria de tensión arterial. Se realiza también control de peso y se observa una pérdida importante en los últimos tres meses. Desde el primer momento parece triste, cuenta que hace solo 4 meses ha perdido a su marido. Refiere que desde que no está él, *“no realiza todas las comidas del día, come poco, cualquier cosa que pilla apenas tiene ganas de comer, ha perdido el apetito y no lleva un orden en la alimentación”*.

En la entrevista clínica se profundiza un poco más sobre su estado de salud y manifiesta no ser capaz de dormir bien (sueño normal^{XVII}) por las noches, despertarse unas 4 o 5 veces y levantarse cansada. Dice que hay días en los que, *“ni me levantaría de la cama”*.

Cuando se le pregunta sobre cómo fue la muerte de su marido dice que, tras una larga enfermedad, en la que ella se volcó en su cuidado dejando un poco de lado a las amistades y ahora por su pérdida se siente sola. Tiene dos hijas que no pueden dedicar, según manifiesta, todo el tiempo que ella quisiera ya que trabajan y tienen unos hijos que atender. La hija expresa que, con su hermana, hacen todo lo posible para pasar tiempo con ella, le animan a que salga y retome el contacto con sus amigos, su madre dice estar más cómoda en casa y *“sin ganas de nada”*. Ya no saben qué hacer y aunque le gustaría poder ayudarla se siente frustrada por no haberlo conseguido hasta ahora.

Pasa la mayor parte del día en casa, en el sofá viendo la televisión y sin apenas relacionarse con nadie. Dice sentirse triste y sin ganas para hacer las cosas cotidianas, manifiesta que lo único que le motiva son las visitas que le hacen sus hijas y sus nietos.

Al relatar la situación en la que se encuentra, se angustia mucho, tiene ganas de llorar y ante la observación por parte de la enfermera de tener los ojos llorosos manifiesta que se le escapan las lágrimas con mucha facilidad.

En la consulta constantes normales: T/A:145/86mmHg; Tª:36,5°C Fc: 105pm.

Otro dato de interés: diagnóstico de HPTA esencial desde hace 12 años

^{XVII} En un adulto se considera normal dormir 8 horas aproximadamente y unas 16 horas de vigilia.

4.3 Resultados

La valoración se realiza según las 14 necesidades del modelo de V. Henderson, para abordarse, aquellas que manifiestan signos de dependencia o problemas de independencia y autonomía.

Necesidades de V. Henderson	Alteración de las necesidades
Alimentarse e hidratarse	Alimentación no adecuada y desordenada, pérdida de peso significativa desde la última consulta
Dormir y descansar	Duerme poco y mal, se levanta cansada
Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores	Manifiesta sentirse sola
Participar en actividades recreativas	Pasa la mayor parte del día sola en casa viendo la televisión

Para completar la valoración se pregunta sobre el sueño y las actividades de la vida diaria (AVD) tomando como referencia diferentes escalas.

De la entrevista clínica y la información de las 14 necesidades se obtiene información para detectar las alteraciones y poder identificar los problemas definidos como diagnósticos de enfermería y problemas de colaboración.

En el caso de la necesidad de dormir y descansar se realizan algunas preguntas basadas en el cuestionario Oviedo^{XVIII} 30 (Anexo1) que valora la cantidad y calidad del sueño. Por ejemplo:

1. ¿Cuánto de satisfecho ha estado con su sueño? Del 1 al 7, desde muy insatisfecho a muy satisfecho.
2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para lograr un sueño reparador^{XIX}/ conciliar el sueño? La escala va del 1 al 5, (ningún día a 6-7 días).
3. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche? Desde ninguna vez hasta más de 3 veces (Del 1 al 5)
4. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo antes? Del 1 al 5 (1: Se ha despertado como siempre, 2: Media hora antes, 3: 1 hora antes, 4: Entre 1 y 2 horas antes y 5: Más de 2 horas antes).
5. ¿Cuántas horas ha dormido cada noche?)

^{XVIII} Cuestionario Oviedo: se trata de un cuestionario hetero administrado con 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en 3 subescalas: satisfacción subjetiva del sueño, insomnio e hipersomnia. Los dos restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño.

^{XIX} Aquel que elimina el cansancio acumulado a lo largo del día y proporciona un descanso físico y mental.

También se calcula el índice de Katz^{xx 30}(Anexo 2) utilizado para valorar cómo realiza las AVD. Según la puntuación de cada cuestión se obtiene el grado de dependencia o independencia de una persona.

Necesidades 5,6,7,8,9,10	Baño. Vestido. Movilidad. Continencia	Independiente
	Uso del W.C. Alimentación (aunque ella no coma porque no quiere puede llevar a cabo la actividad sin ningún problema.	

Señalar que, hay otras escalas que valoran, también, las actividades de la vida diaria, como la de Barthel modificado por Granger^{xxi 30}(Anexo 3).

El cuestionario de valoración de ansiedad, depresión, escala de Goldberg³⁰ (Anexo 4), puede servir en casos en los que haya alteraciones de ese tipo, no ocurre en este caso ya que la persona no padece un duelo complicado.

Tras recoger los datos de aquellas necesidades alteradas y los datos obtenidos según las escalas se pueden formular los diagnósticos de enfermería.

Antes de pasar a lo que es el plan de cuidados, se expondrán dos cuestiones importantes para una mejor comprensión de la medición estimada en los indicadores, por la escala Likert²⁴. Por un lado explicar en qué consisten las tres escalas, utilizadas a lo largo del plan de cuidados, y que evalúan los indicadores de los NOC.

Son las que se describen:

Escala	1	2	3	4	5
Grado de deterioro de la salud o bienestar	COMPROMETIDO				
	Gravemente	Sustancialmente	Moderadamente	Levemente	Nada
Desviación de una norma/ estándar establecido	DESVIACIÓN				
	Grave	Sustancial	Moderada	Leve	Nada
Aclarar por informe o conducta	DEMOSTRADO				
	Nunca	Raramente	A veces	Frecuentemente	Siempre

^{xx} Índice de Katz: es un instrumento que evalúa aspectos de las AVD en pacientes que han perdido su autonomía y el proceso de recuperación.

^{xxi} Barthel modificado Granger: valora dos aspectos de la persona con alteraciones funcionales, su movilidad para la rehabilitación y su movilidad para los autocuidados.

Los DE incluidos en la siguiente tabla están ordenados para abordarlos desde el que requiere el abordaje más temprano.

Respecto a abordarlos como Diagnóstico de Enfermería, la autora T. Luis Rodrigo manifiesta²⁰:

1. **Trastorno del patrón del sueño:** Se aconseja cuando el trastorno es de reciente instauración, hay que usarlo con prudencia ya que a veces el trastorno del sueño es sólo una manifestación de un problema más grande.
2. **Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades:** Únicamente en los casos en los que sea posible recuperar una correcta nutrición.
3. **Duelo:** En cualquier situación en la que la persona anticipe o haya sufrido ya una pérdida. Entendida no solo cómo la pérdida de un ser querido, sino también como pérdida de una parte o función corporal, relaciones.
4. **Aislamiento social:** Solamente si la persona desea aumentar sus relaciones sociales.

TAXONOMÍA NANDA-I	<p>Dominio 4: Actividad/reposo: Producción, conservación y gasto o equilibrio de los recursos energéticos.</p> <p>Clase 1: Sueño/reposo: Sueño, descanso, tranquilidad, relajación o inactividad.</p> <p>(00198) Trastorno del patrón del sueño Interrupciones durante un tiempo limitado de la cantidad y la calidad del sueño debidas a factores externos.</p>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA Trastorno del patrón del sueño r/c falta de control del sueño m/p expresa despertarse y de no sentirse bien descansado	
TAXONOMÍA NOC	<p>Dominio I: Salud funcional: Resultados que describen la capacidad y realización de las actividades básicas de la vida.</p> <p>Clase A: Mantenimiento de la energía: Resultados que describen la recuperación, conservación y gasto de la energía de un individuo.</p> <p>(0004) Sueño: Suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo</p> <p>Indicadores:(000401) Horas de sueño. (000403) Patrón del sueño. Ambos Puntuación global: 3(moderadamente compro.)</p> <p>(000404) Calidad del sueño. (000406) Sueño interrumpido. Ambos Puntuación global: 2 (sustancialmente comprometido)</p> <p>OBJETIVO: En el primer caso el objetivo es mantener la puntuación. En el segundo aumentarla hasta 4.</p>
TAXONOMÍA NIC (Principal)	<p>Campo 1: Fisiológico: básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.</p> <p>Clase F: Facilitación de los autocuidados: Intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida cotidiana.</p> <p>(1850) Mejorar el sueño: Facilitar sueños regulares de sueño/vigilia</p> <p>Actividades:</p> <p>Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias psicológicas que interrumpen el sueño.</p> <p>Animarla a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.</p> <p>Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.</p> <p>Comentar con el paciente y la familia técnicas para favorecer el sueño.</p>
TAXONOMÍA NOC	<p>(0003) Descanso. Grado y patrón de la disminución de la actividad para la recuperación mental y física.</p> <p>Indicadores:(000301) Tiempo del descanso. Puntuación global: 3 (000303) Calidad del descanso. Puntuación global: 2</p> <p>(000309) Energía recuperada después del descanso. Puntuación global: 2 (sustancialmente comprometido).</p> <p>OBJETIVO: En ambos casos el objetivo es aumentar la puntuación hasta llegar a 4.</p>
TAXONOMÍA NIC (Principal)	<p>Campo1: Fisiológico básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.</p> <p>Clase A: control de ejercicio y actividad: Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el gasto de energía.</p> <p>(0180) Manejo de la energía: Regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física y mental. - Ayudar al paciente a priorizar las actividades de gestión y del tiempo para evitar la fatiga. - Limitar los estímulos ambientales (luz, ruidos) para facilitar la relajación; facilitado períodos de reposo y actividad.

TAXONOMÍA NANDA-I	<p>Dominio 2: Nutrición: Actividades de ingerir, asimilar y metabolizar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.</p> <p>Clase 1: Ingestión: Aportar alimentos o nutrientes al organismo.</p> <p>(00002) Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades: Ingesta de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas.</p>
<p>Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades r/c incapacidad para ingerir alimentos, proceso de duelo m/p aversión a comer, expresa realizar ingesta inferior a las necesidades diarias recomendadas.</p>	
TAXONOMÍA NOC	<p>Dominio 2: Salud fisiológica: Resultados que describen en funcionamiento orgánico.</p> <p>Clase k: Digestión y nutrición: Resultados que describen los patrones digestivos y nutricionales de un individuo.</p> <p>(1004) Estado nutricional: Capacidad por la que los nutrientes pueden cubrir las necesidades metabólicas</p> <p>Indicadores:</p> <p>(100401) Ingestión de nutrientes. Puntuación global: 2 (desviación sustancial del rango normal)</p> <p>(100402) Ingestión de alimentos. Puntuación global: 2 (desviación sustancial del rango normal)</p> <p>(100403) Energía. Puntuación global: 3 (desviación moderada del rango normal)</p> <p>OBJETIVO: En el caso de la puntuación dos el objetivo es aumentar a 4 y en el segundo mantenerlo en 3.</p>
TAXONOMÍA NIC	<p>Campo 1: Fisiológico básico: Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.</p> <p>Clase D: Apoyo nutricional: Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional</p>
(Principal)	<p>(5246) Asesoramiento nutricional: Utilización de un proceso de ayuda interactivo centrado en la necesidad de modificación de la dieta.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar la ingesta y los hábitos alimenticios del paciente. - Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar. - Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada. - Discutir el significado de la comida para el paciente.
(Sugerida)	<p>(1100) Manejo de la nutrición: Ayudar o proporcionar una dieta equilibrada de sólidos y líquidos.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Determinar las preferencias de comidas del paciente. - Fomentar la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida. - Enseñar al paciente a llevar un diario de comidas, en caso de que sea necesario. - Pesar al paciente a intervalos adecuados

Taxonomía NANDA- I	Dominio 9: Afrontamiento/Tolerancia al estrés: Forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales. Clase2: Respuestas de afrontamiento; el proceso de gestionar el estrés del entorno. (00136) Duelo: Complejo proceso normal que incluye respuestas y conductas emocionales, físicas, espirituales, sociales e intelectuales mediante las que las personas, familias y comunidades incorporan en su vida diaria una pérdida real, anticipada o percibida.
Diagnóstico de Enfermería: Duelo r/c muerte de una persona significativa m/p sufrimiento, trastorno del patrón del sueño	
TAXONOMÍA NOC	Dominio 3: Salud psicosocial: resultados que describen el funcionamiento psicológico y social. Clase N: Adaptación psicosocial: resultados que describen la adaptación psicológica y/o social de un individuo a la alteración de la salud o de las circunstancias de vida. (1304) Resolución de la aflicción Definición: Adaptación a la pérdida real o inminente. Indicadores: (130401) Expresa sentimientos sobre la pérdida. Puntuación global: 3 (a veces demostrado) (130417) Busca apoyo social. Puntuación global: 2 (raramente demostrado) (130418) Comparte la pérdida con otros seres queridos. Puntuación global: 3 (a veces demostrado) OBJETIVO: Primer caso mantener en 3. Segundo aumentar a 4. Último aumentar a 4.
TAXONOMÍA NIC	Campo3: Conductual: cuidados que el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida. Clase R: Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles: intervenciones para ayudar a otros a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento.
(Principal)	(5290) Facilitar el duelo: Ayuda en la resolución de una pérdida importante. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida - Animar al paciente a que manifieste verbalmente los recuerdos de la pérdida. - Identificar fuentes de apoyo comunitario. - Ayudar al paciente a identificar estrategias personales de resolución de problemas.
(Sugerida)	(5270) Apoyo emocional: Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión. Actividades: <ul style="list-style-type: none"> - Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. - Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. - Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.

<p>TAXONOMÍA NOC</p>	<p>Dominio 3: Salud psicosocial: resultados que describen el funcionamiento psicológico y social. Clase N: Adaptación psicosocial: resultados que describen la adaptación psicológica y/o social de un individuo a la alteración de la salud o de las circunstancias de vida. (1302) Afrontamiento de problemas: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo. Indicadores: (130201) Identifica patrones de superación eficaces. Puntuación global: 2 (raramente demostrado) (130204) Refiere disminución de estrés. Puntuación global: 2 (raramente demostrado) (130214) Verbaliza la necesidad de asistencia. Puntuación global:2 (raramente demostrado) (130212) Refiere aumento del bienestar psicológico. Puntuación global: 2 (raramente demostrado) OBJETIVO: En todos los casos será aumentar hasta 4.</p>
<p>TAXONOMÍA NIC</p>	<p>Campo 3: Conductual: cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida. Clase R: Ayuda para hacer frente a las situaciones difíciles: intervenciones para ayudar a otro a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de estrés.</p>
<p>(Principal)</p>	<p>(5400) Potenciación de la autoestima: Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia vida. Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente a identificar sus virtudes. - Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos. - Facilitar un ambiente y actividades que aumente la autoestima. - Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.
<p>(Sugerida)</p>	<p>(5280) Facilitar el perdón: Ayudar al deseo de un individuo para sustituir los sentimientos de enfado y resentimiento hacia otro, uno mismo o sus superiores; por beneficencia, empatía y humildad. Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a explorar sus sentimientos de ira, odio y resentimiento. - Explorar las posibilidades de enmienda y reconciliación con uno mismo, con los demás y/o con los superiores.

Taxonomía NANDA (2012 – 2014)	<p>Dominio 12: Confort: sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.</p> <p>Clase 3: Confort social: sensación de bienestar o comodidad en las situaciones sociales.</p> <p>(00053) Aislamiento social: Soledad expresada por la persona y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.</p>
Diagnóstico de Enfermería: (00053) Aislamiento social r/c alteración del bienestar, incapacidad para establecer relaciones personales satisfactorias m/p actitud triste, retraimiento	
TAXONOMÍA NOC	<p>Dominio 3: Salud psicosocial: resultados que describen el funcionamiento psicológico y social.</p> <p>Clase P: Interacción social: resultados que describen las relaciones de un individuo con los demás.</p> <p>(1502) Habilidades de interacción social: Conductas personales que fomentan relaciones eficaces.</p> <p>Indicadores:</p> <p>(150212) Relaciones con los demás. (140211) Parecer relajado. En ambas Puntuación: 2 (raramente demostrado)</p> <p>OBJETIVO: En los dos casos será aumentar a 3.</p>
TAXONOMÍA NIC	<p>Campo 3: Conductual: cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.</p> <p>Clase Q: Potenciación de la comunicación: intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales.</p>
(Principal)	<p>(5100) Potenciación de la socialización: Facilitar la capacidad de una persona para interactuar con otros.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente a desarrollar relaciones. - Fomentar las actividades sociales y comunitarias. - Responder de forma positiva cuando el paciente establezca en contacto con los demás.
(Sugerida)	<p>(4920) Escucha activa: Gran atención y determinación de la importancia de los mensajes verbales y no verbales</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mostrar interés en el paciente. - Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. - Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como el contenido de la conversación. - Utilizar el silencio/escucha para animar a expresar sentimientos, pensamientos y preocupaciones.
TAXONOMÍA NOC	<p>Dominio 5: Salud percibida: resultados que describen impresiones sobre la salud y la asistencia sanitaria del individuo.</p> <p>Clase U: Salud y calidad de vida: resultados que describen el estado de salud percibido de un individuo y las circunstancias de vida relacionadas con ella.</p> <p>(2012) Estado de comodidad: sociocultural: Tranquilidad social relacionada con relaciones interpersonales, familiares y sociales en un contexto cultural.</p> <p>Indicadores:</p> <p>(201201) Apoyo social de la familia. (201203) Relaciones con la familia. En ambas puntuación global: 4</p>

	<p>(levemente comprometido)</p> <p>(201204) Relaciones con los amigos. Puntuación global: 2 (sustancialmente comprometido)</p> <p>OBJETIVOS: En el primer caso será mantener la puntuación. En el segundo caso será aumentar a 3.</p>
TAXONIMÍA NIC	<p>Campo 3: Conductual: cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.</p> <p>Clase O: Terapia conductual: intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o alterar conductas indeseables.</p>
(Principal)	<p>(4362) Modificación de la conducta: habilidades sociales: Ayuda al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a identificar los problemas interpersonales derivados de déficit de habilidades sociales. - Proporcionar seguridad al paciente sobre la realización de la habilidad social objetivo. - Identificar las habilidades sociales específicas que contribuirán el centro del ejercicio de desarrollo de la misma.
(Sugerida)	<p>(4350) Manejo de la conducta: Ayudar al paciente a controlar el comportamiento negativo.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hacer que el paciente se sienta responsable de su comportamiento. - Evitar preocupar al paciente. - Alabar los esfuerzos de autocontrol. - Evitar proyectar una imagen amenazadora.

5. Discusión

En ocasiones puede resultar complicado recoger la información personal e íntima que se precisa, para poder plasmar en un plan de cuidados eficaz y efectivo, la ayuda que se proporcionará a quien está en un proceso de duelo. Afrontar y aceptar la nueva situación, por parte de la persona que sufre la pérdida, requiere tiempo y por parte de la enfermera preparación, entrenamiento en el manejo de las emociones propias y ajenas así como exteriorizar (por sus conductas) una actitud de ayuda. Elementos importantes que no van incorporados a los conocimientos profesionales que se adquieren, pero que sí pueden integrarse con el aprendizaje de habilidades y el desempeño de competencias asociadas a las relaciones interpersonales, algo que en la actualidad precisa de la elaboración y desarrollo de programas formativos.

Esta situación, el duelo, no se trata como una enfermedad, siendo una de sus mayores dificultades para quien está viviendo ese proceso, establecer una relación terapéutica en la que la confianza, sea uno de los pilares fundamentales que la sustenta. Muchas enfermeras desconocen cómo, cuándo y qué tienen que hacer (comportamientos derivados de sus propios miedos e inseguridades) para conseguir que la persona pida ayuda en momentos en los que convive con sentimientos de tristeza, soledad, melancolía, desamparo, deseos de morir y que expresan con dificultad. Trabajar con planes de cuidados sean estandarizados o no y, a pesar de que ayudan a considerar a la persona como un todo, ser bio-psico-social-espiritual, requiere por parte de la enfermera, un esfuerzo y un ejercicio diferente al que se le presenta cuando interviene en algún problema del ámbito físico. Se trata de ver más allá, ya que el duelo *“no es una enfermedad y por eso no tiene cura”* de ahí la necesidad y la recomendación de individualizar los planes de cuidados para lograr eficacia, eficiencia y excelencia y sobre todo para ayudar a la persona a desarrollar un proceso “normal” que irremediablemente forma parte de la vida.

Trabajar con modelos y metodología enfermera, aunque en ocasiones sea compleja su implantación, hace no perder de vista a la persona y evitar en la medida de lo posible la aparición de complicaciones o de un duelo complicado

La escasez de guías clínicas para personas en proceso de duelo requiere estar preparados, ya que los profesionales de enfermería conviven con el sufrimiento el dolor y la muerte. Destacar también, la inexperiencia en la utilización del

lenguaje enfermero y de las taxonomías, aunque gradualmente se van introduciendo en los servicios sanitarios de las diferentes autonomías.

La toma de decisiones por parte de la enfermera, tanto al enunciar los DE cómo para determinar los resultados y las intervenciones, requiere autonomía de actuación, mientras que mantener funciones dependientes al ejercer un rol colaborador en los problemas de colaboración, supone en la actualidad un debate frente a quienes plantean abordarlos como diagnósticos de riesgo.

6. Conclusiones:

- El duelo es un hecho que ocurre alguna vez en la vida de las personas, siendo necesario por parte de los profesionales de enfermería, proporcionar apoyo y ayuda (persona-familia) favoreciendo su adaptación a la nueva situación en el menor tiempo posible y antes de que no se sientan capaces de afrontarla.
- Reconocer cuanto antes signos y síntomas relacionados con el duelo, para tratarlo lo antes posible y evitar que se convierta en duelo complicado, es una responsabilidad a la que las enfermeras se enfrentan cuando utilizan en su práctica modelos y metodologías enfermeras centradas en la persona.
- Poner en marcha un plan de cuidados, ayuda a realizar un trabajo organizado, sistemático con juicio crítico y reflexivo, que posibilita crecer a nivel profesional, cumpliendo la función enfermera, “*cuidar*” y ayudando a alcanzar el máximo nivel de independencia a quien recibe los cuidados.
- Cada persona es diferente en cuanto a las respuestas y afrontamiento, por la muerte de un ser querido, por lo que los planes de cuidados tienen que valorar a la persona como un todo, y por tanto individualizarse.
- Es imprescindible el uso de lenguajes y taxonomías enfermeras, insuficientes por sí solas si a través de las intervenciones, no se consolida en la relación terapéutica una comunicación eficaz con la persona y su familia durante el proceso de duelo.
- Evaluar aquello que se hace, los cuidados que se dan, es esencial para contrastar los resultados obtenidos y garantizar la calidad de los planes.
- En el proceso de cuidar, “*la relación de ayuda es fundamental para el éxito del plan de cuidados*”⁷.

7. Bibliografía

1. Gauntlett Beare P., L. Myers J. Principios y práctica de la enfermería médico quirúrgica. Vol 1. 2ª ed. Madrid: Mosby / Doyma Libros; 1995.
2. Alonso Prado ME, Cuervo Pinna MA, Espinosas Rojas JA, Galea Martín T, Sánchez Correas MA, Sánchez Posada R. Guía clínica seguimiento del duelo en cuidados paliativos. Vol 1. Extremadura: Observatorio Regional e Cuidados Paliativos de Extremadura; diciembre de 2010 [actualizado en diciembre de 2010; citado en noviembre de 2013]. Consultado en noviembre de 2013. Disponible en: <http://www.enfermeriajw.cl/pdf/Guia%20clinica%20seguimiento%20del%20duelo.pdf>
3. Arrieta Ayestaran M, Balagué Gea L, Buñuelos Gordon A, Clavé Arruabarrena E, Egaña Otaño L, Etxebarria Aguirre A et al. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos. [Internet]. Vitoria – Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2008 [Consultado en noviembre de 2013]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_resum.pdf
4. Familydoctor.org [Internet]. España: American Academy of family physicians; 2000 [actualizado en febrero de 2012; citado en noviembre de 2013]. Consultado noviembre 2013. Disponible en: <http://familydoctor.org/familydoctor/es/prevention-wellness/emotional-wellbeing/mental-health/grieving-facing-illness-death-and-other-losses.html>
5. Duskin Feldman R, Papalia D, Wendkos Olds S. Desarrollo humano. Octava edición. Bogotá (Colombia): Mc Graw hill; 2001.
6. Miaja Ávila M., Moral de la Rubia J. El significado psicológico de las cinco fases del duelo propuestas por Kübler – Ross mediante las redes semánticas naturales. Psicooncología. 2013; 10 (1): 109 – 130
7. Benavent Garcés A; Ferrer Ferrandis E; Francisco del Rey C. Fundamentos de Enfermería. Madrid: E Difusión Avances Enfermería (DAE); 2000.
8. Luis Rodrigo Mª T; Fernández Ferrín C; Navarro Gómez Mª V. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Barcelona: Ed. Masson; 2ª Edición 2000.
9. Marriner Tomey A, Raile Alligood M. Modelos y Teorías en Enfermería. 7ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2010.

10. Bulechek G, Butcher H, Johnson M, Maas M, Moorhead S, Swanson E. Vínculos NOC – NIC a NANDA-I y Diagnósticos Médicos. Barcelona: Elsevier – Mosby; 2012.
11. Santo Tomás M. Fundamentos históricos y teóricos de la enfermería. Universidad de Valladolid.2012. Consultado en noviembre de 2013.
12. Kerouac S. El pensamiento enfermero. 1ª ed. Barcelona: Masson; 1996.
13. Prescripcionenfermera.com [Internet]. España. [Consultado en noviembre de 2013]. Disponible en:
<http://www.prescripcionenfermera.com/>
14. Hospital General Universitario de Ciudad Real [Internet]. Consultado octubre 2013. Disponible en: <http://www.hgu.cr.es/areas/area-de-enfermeria/planes-de-cuidados/>
15. Charrier J, Ritter B. El plan de cuidados estandarizado. Un soporte del diagnóstico enfermero. Elaboración y puesta en práctica. Primera edición. Barcelona: Masson; 2005.
16. Alfaro – LeFevre R. El pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería. Un enfoque práctico para un pensamiento centrado en los resultados.4ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2009.
17. Cibanal JL. Técnicas de comunicación y relación de ayuda en Ciencias de la Salud. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010.
18. Carpenito LJ. Diagnósticos de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica. 9ª ed. Madrid: Mc Graw – Hill Interamericana; 2002.
19. Nanda International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación (2012-2014).1 ed. Barcelona (España): Elsevier 2013.
20. Luis Rodrigo M.T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 9ª ed. Barcelona (España): Elsevier Masson; 2012.
21. AENTDE: Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y diagnósticos de Enfermería [Internet]. Madrid: AENTDE. Disponible en:
<http://www.aentde.com/>
22. Boletín Oficial del Estado. Nº 225. Sec 1. Página 78742.Consultado en enero 2014.

23. Boletín Oficial del País Vasco. Artículo VI apartado 2 punto II F (Planificación de Cuidados). Artículo 7 Cumplimentación de la Historia Clínica. Jueves 29 de marzo de 2012.
24. Moorhead S, Johnson M, Maas M. L, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4 ed. Barcelona (España): Elsevier Mosby; 2009.
25. Bulechek G. M, Butcher K. H, McCloskey Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5 ed. Barcelona (España): Elsevier Mosby; 2009.
26. Alfaro-LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero: Fomentar el cuidado en colaboración. 5 ed. Barcelona (España): Masson; 2003.
27. Lunney M. Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos. Barcelona: Elsevier; 2011.
28. Consejería de Salud. Modelo de Gestión por Competencias del sistema sanitario público de Andalucía. Pag: 39, 40 75. Andalucía; 2006.
29. Martínez Carretero JM. Los métodos de evaluación de la competencia profesional: La evaluación clínica objetivo estructurada (ECOÉ). [Internet]. V. 8. Barcelona: Versión Impresa ISSN; Septiembre 2005. [Consultado en marzo de 2014]. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132005000600007
30. Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. [Internet]. Andalucía: Junta de Andalucía. [Consultado en diciembre de 2013]. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. Disponible en :
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5

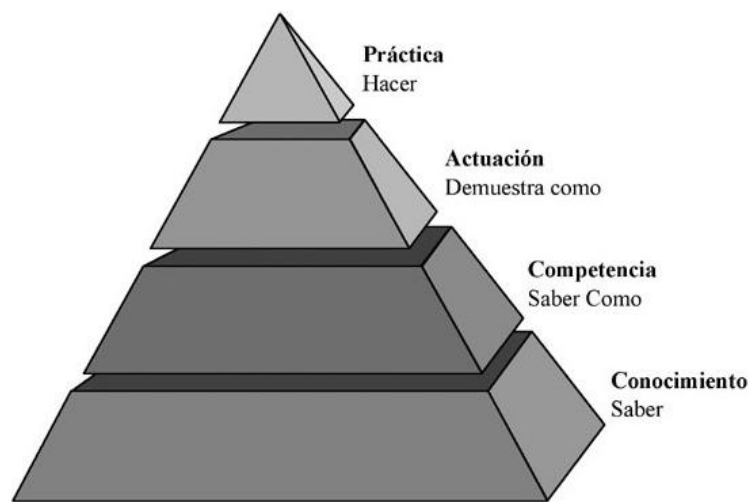
ANEXO 1 Necesidades de Virginia Henderson⁹

Estas necesidades se citan a continuación:

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar los desechos corporales
4. Moverse y mantener posturas deseables
5. Dormir y descansar
6. Seleccionar ropas adecuadas: vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno.
8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel.
9. Evitar peligros del entorno y evitar lesionar a otros.
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores, necesidades y opiniones.
11. Rendir culto según la propia fe.
12. Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro.
13. Jugar o participar en diferentes formas de ocio.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y utilizar las instalaciones sanitarias disponibles.

Las 7 primeras son necesidades básicas, la 8ª y la 9ª están relacionadas con la seguridad y las tres últimas con la autorrealización.

ANEXO 2 Pirámide de Miller²⁹



Pirámide de Miller

ANEXO 3 Cuestionario de Oviedo³⁰

Cuestionario del sueño de Oviedo
Nombre
Fecha

Durante el último mes

1 ¿Cómo de satisfecha/o ha estado con su sueño?

1	Muy satisfecha
2	Bastante satisfecha
3	Insatisfecha
4	Término medio
5	Satisfecha
6	Bastante satisfecha
7	Muy satisfecha

2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultad para...

	Ninguno	1-2 días	3días	4-5 días	6-7 días
Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
Permanecer dormido	1	2	3	4	5
Lograr un sueño no reparador	1	2	3	4	5
Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

3. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

1	0-15 minutos
2	16-30 minutos
3	31-45 minutos
4	46-60 minutos
5	más de 60 minutos

4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

1	Ninguna vez
2	1 vez
3	2 veces
4	3 veces
5	más de 3 veces

Si normalmente se despertó Vd. piensa que se debe a:

- a) Dolor
- b) Necesidad de orinar
- c) Ruido
- d) Otros – Especificar:

5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo

¿Cuánto tiempo antes?

1	Se ha despertado como siempre
2	Media hora antes
3	1 hora antes
4	Entre 1 y 2 horas antes
5	Más de 2 horas antes

6. Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama) Por término medio, ¿cuántas horas ha dormido cada noche? _____
¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama? _____

1	91-100%
2	81-90%
3	71-80%
4	61-70%
5	60% o menos

7. Cuántos días a la semana ha estado preocupado/a o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

8. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

9. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido períodos de sueño diurno ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento socio-laboral por ese motivo?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana
3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

10. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido)...?

	Ninguno	1-2 días	3días	4-5 días	6-7 días
Ronquidos	1	2	3	4	5
Ronquidos con ahogo	1	2	3	4	5
Movimientos de las piernas	1	2	3	4	5
Pesadillas	1	2	3	4	5
Otros	1	2	3	4	5

11. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir?

1	Ningún día
2	1-2 días/semana

3	3 días/semana
4	4-5 días/semana
5	6-7 día/semana

Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc), describir

.....
.....

ANEXO 4 Índice de Katz³⁰

VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA -ÍNDICE DE KATZ

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con 6 ítems dicotómicos. El índice de Katz presenta ocho posibles niveles:

- A. Independiente en todas sus funciones.
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera,
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
- E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del WC y otra cualquiera.
- F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del WC, movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
- G. Dependiente en todas las funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como **C, D, E** o **F**.

El índice de Katz se puede puntuar de dos formas. Una considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza. Otra manera de puntuar es la descrita por los autores en la versión original, considerando los ítems agrupados para obtener grados A, B, C, etc, de independencia. Atendiendo al orden jerárquico del Índice de Katz, al comparar ambas puntuaciones, se observa que 0 puntos equivale al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente.

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

- Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.
- Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.
- Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.

INDICE DE KATZ

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA DEPENDENCIA
BAÑARSE	INDEPENDIENTE: Necesita ayuda para lavarse una parte del cuerpo, o lo hace solo. DEPENDIENTE: Incluye la necesidad de ayuda para entrar o salir de la bañera
VESTIRSE	INDEPENDIENTE: Se viste totalmente (incluye coger las prendas del armario) sin ayuda. Excluye el atado de los cordones de los zapatos. DEPENDIENTE: No se viste solo
USAR EL RETRETE	INDEPENDIENTE: No precisa ningún tipo de ayuda (incluye la entrada y salida del baño). Usa el baño. DEPENDIENTE: Incluye usar orinal o cuña
MOVILIDAD	INDEPENDIENTE: No requiere ayuda para sentarse o acceder a la cama DEPENDIENTE
CONTINENCIA	INDEPENDIENTE: Control completo de la micción y defecación DEPENDIENTE: Incluye control total o parcial mediante enemas, sondas o el empleo reglado del orinal y/o cuña
ALIMENTACIÓN	INDEPENDIENTE: Lleva la comida del plato, o equivalente, a la boca sin ayuda DEPENDIENTE: Incluye no comer y la nutrición parenteral o enteral por sonda
<p>Por ayuda se entiende la supervisión, dirección o ayuda personal activa. La evaluación debe realizarse según lo que el enfermo realice y no sobre lo que sería capaz de realizar.</p>	
<p>CLASIFICACIÓN</p> <p>A Independiente en todas las actividades</p> <p>B Independiente en todas las actividades, salvo una</p> <p>C Independiente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función adicional</p> <p>D Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional</p> <p>E Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función Adicional</p> <p>F Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional</p> <p>G Dependiente en las seis funciones</p>	

ANEXO 5 Escala de Bathel modificada Gringer³⁰

INDICE DE BARTHEL, MODIFICACIÓN DE GRANGER ET ALT.

Población diana: Población general. Es de especial ayuda para valorar dos aspectos de las personas con problemas funcionales, su movilidad para la rehabilitación y su movilidad para los autocuidados. Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con 15 ítems tipo likert subdividido en 2 índices, el índice de autocuidado con una puntuación máxima de 53 puntos, y el índice de movilidad, con un máximo de 47 puntos. A mayor puntuación mayor independencia.

Ambas puntuaciones suman 100 puntos y su interpretación es igual que la del Barthel original, es decir:

	Independencia	Con ayuda	Dependencia
- 0-20 dependencia total			
- 21-60 dependencia severa			
- 61-90 dependencia moderada			
- 91-99 dependencia escasa			
- 100 independencia			
Índice de autocuidado			
1. Beber de un vaso	4	0	0
2. Comer	6	0	0
3. Vestirse de cintura para arriba	5	3	0
4. Vestirse de cintura para abajo	7	4	0
5. Colocarse prótesis o aparato ortopédico	0	-2	0
6. Aseo personal	5	0	0
7. Lavarse o bañarse	6	0	0
8. Control orina	10	5	0
9. Control heces	10	5	0
Puntuación total -Índice de autocuidado			
Índice de movilidad			
10. Sentarse y levantarse de la silla	15	7	0
11. Sentarse y levantarse del retrete	6	3	0
12. Entrar y salir de la ducha	1	0	0
13. Andar 50 metros sin desnivel	15	10	0
14. Subir y bajar un tramo de escaleras	10	5	0
15. Si no anda: mueve la silla de ruedas	5	0	0
Puntuación total -Índice de movilidad			

ANEXO 6 Escala de Goldberg³⁰

CRIBADO ANSIEDAD DEPRESION – ESCALA DE GOLDBERG

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario

heteroadministrado con dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión.

Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6 .

Instrucciones para el profesional:

A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas”. No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de Leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD	RESPUESTAS	PUNTOS
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse		
Puntuación Total (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
Puntuación Total		