



Grado en Enfermería

Trabajo Fin de Grado

Título:

**Cuidados estandarizados en trastorno bipolar en
Unidades de hospitalización, tratamiento y
rehabilitación**

Alumno: Santiago López Navarro

Tutor: Calixto Plumed Moreno

Madrid, mayo de 2013

- 1. Resumen3
- 2. Introducción5
- 3. Estado de la cuestión6
 - o 3.1.Marco teórico.....6
 - o 3.2.Antecedentes y lagunas de conocimiento.....14
 - o 3.3.Justificación23
- 4. Objetivos25
 - o 4.1.Generales25
 - o 4.2.Específicos25
- 5. Descripción de la unidad27
- 6. Instrumentos de valoración28
- 7. Desarrollo29
- 8. Limitaciones66
- 9. Bibliografía67
- 10. Anexos.....71

1. RESUMEN

Este trabajo ha sido realizado para poder aplicarlo en el uso de la vida diaria en las Unidades de Media Estancia en Salud Mental.

El trastorno bipolar es una enfermedad mental en el que el estado de ánimo del paciente varía, se puede decir que es extremo, es muy difícil estabilizar, se suele presentar estados de manía o depresión.

Para poder atender correctamente a este tipo de pacientes, es necesario unificar criterios, y desde el personal de enfermería, lo que podemos hacer son planes de cuidados.

El trabajo se basa en la clínica de la enfermedad, diferenciando la manía y la depresión, con sus signos y síntomas.

El objetivo de cada paciente es único, pero el fin es el mismo, atender al paciente y proporcionar cuidados integrales y especializados a través del plan de cuidados.

La valoración enfermera es uno de los pilares del trabajo, hay muchas valoraciones, se han estudiado cada una, se han comparado con artículos, justificando, pros y contras, pero la que mejor se adecua al paciente de Salud Mental es la de Marjory Gordon, ya que sigue la taxonomía NANDA en cuanto a patrones

Elegida la valoración, Se ponen diagnósticos a la valoración de los patrones alterados por la clínica de la enfermedad, enlazando los objetivos mediante el libro del NOC y las actividades a realizar para cumplir esos objetivos mediante el libro del NIC.

Este plan está listo para ser aplicado en unidades de Media Estancia, no en otras unidades.

Palabras claves: Trastorno bipolar, cuidados de enfermería, plan de cuidados

1. SUMMARY

This work has been done in order to apply it in the use of everyday in medium-stay units in Mental Health.

The bipolar disorder is a mental illness in which the patient's mood varies, we can say that is extreme, it is very difficult to stabilize, usually presents states of mania or depression.

To properly address these patients, we need to unify criteria, and from nurses, what we can do is nursing care.

The work is based on the clinical disease, differentiating mania and depression, with its signs and symptoms.

The goal for each patient is unique, but the goal is the same, patient care and provide

comprehensive care through the care plan.

The nursing assessment is one of the pillars of work, there are many reviews have been studied each, were compared with items, justifying, pros and cons, but the one that best fits the patient's mental health is that of Marjory Gordon, as it follows the NANDA taxonomy regarding patterns.

After selecting the valuation, we have to put the assessment of diagnostic patterns altered by clinic disease, linking the objectives of the NOC by the book and the activities undertaken to meet these objectives through NIC's book. This plan is ready to be applied to medium-stay units, not in other units.

Keywords: Bipolar disorder, nursing care, mania, depression

2. INTRODUCCIÓN

La idea de realizar el trabajo de fin de grado basado en los cuidados en personas con trastorno bipolar en Unidades de Media Estancia tiene su sentido, en la necesidad que hay de unificar criterios únicos, de ser homogéneos, de especializar la atención diferenciando por patología (no es lo mismo abordar a un maniaco, un depresivo, un psicótico o un esquizofrénico) pero siempre teniendo presente que cada persona es única y especial.

A pesar de que cada persona es única, el tener en común una misma patología, ayuda para poder realizar un plan de cuidados y así una correcta continuidad en los propios cuidados para conseguir el objetivo establecido.

Hay un déficit en las unidades de hospitalización con respecto a los cuidados que se dan o se pueden dar, se realizan los cuidados pero de forma general, y en la especialización se puede reflejar la concepción integral del cuidar.

La valoración, es el instrumento clave, sin una buena valoración, lo que sigue a la misma, estará mal. En ocasiones la valoración puede cambiar según la evolución del paciente, de su estado somático, psicopatológico.

Una vez realizada la valoración, nos disponemos a plasmar lo valorado, para ello es necesario crear una serie de diagnósticos comunes que va a determinada por la enfermedad para que todo el personal aplique un correcto plan de cuidados.

Con esto, se conseguirá agilizar la labor enfermera así como identificar patrones alterados, diagnosticarlos, cumplir objetivos y volver a reevaluar.

La mayoría de personas que ingresarán por Trastorno Bipolar en unidades de media estancia tendrán una serie de diagnósticos enfermeros comunes, luego otros individuales dependiendo de la persona.

En definitiva, un plan de cuidados para personas con este diagnóstico es necesario, hay mucho que avanzar en el mundo de la salud mental, y para ello se va a realizar este trabajo de fin de grado, para poder usarlo en Unidades de Media Estancia en la cada vez menos olvidada Salud Mental.

Para la búsqueda bibliográfica de este trabajo se han utilizado los diversos métodos como son las bases de datos, páginas dedicadas específicamente al trastorno bipolar, bibliotecas virtuales:

bdie, cuiden, web os science, pubmed, cinhal, google academico.medline plus, mesh, csic, scribd, guiasalud, dbsa, wiley online library, elsevier, hhs.gov, guideline.gov, psiquiatria.com, excenlenciaclinica.net, tripdatabase.com.

3. ESTADO DE LA CUESTIÓN

3.1. MARCO TEORICO

3.1.1. Definición del Trastorno Bipolar

Considerado como un trastorno mental grave ^{1,2}, el TB (antes llamado enfermedad maníacodepresiva) se caracteriza por un estado de ánimo cambiante que fluctúa entre dos polos completamente opuestos: la manía, o fase de exaltación, euforia y grandiosidad, y la depresión, o fase en la que predominan la tristeza, la inhibición y las ideas de muerte. Es una enfermedad crónica y recurrente del estado de ánimo, que generalmente limita la funcionalidad del paciente y en todo caso requiere un abordaje integral farmacológico y psicosocial. Especialmente en los casos que son mal o infradiagnosticados (y consecuentemente mal tratados) constituye una enfermedad devastadora, con una enorme carga socioeconómica y sanitaria.

La presentación clínica del trastorno es muy heterogénea siendo los casos “clásicos” (manía eufórica seguida de depresión inhibida y restitución ad integrum entre las fases, con buena respuesta al tratamiento y ausencia de comorbilidad) una minoría; lo más frecuente es encontrarse cuadros complicados, asociados a ansiedad, abuso de sustancias, formas atípicas, respuestas parciales a la monoterapia y con un deterioro cuanto menos funcional aun en estado de eutimia.

3.1.2. Causas del Trastorno Bipolar

El trastorno bipolar afecta a mujeres y hombres por igual. La aparición se da entre la adolescencia hasta los 30 años, y las fluctuaciones del estado de ánimo se pueden dar a lo largo de toda su vida, incluido la vejez por mala adherencia al tratamiento^{3,4}.

La causa exacta se desconoce, por tanto, no se puede curar, se pueden reducir los síntomas. Se presenta con mayor frecuencia en parientes de personas que padecen dicho trastorno.

3.1.3. Tipos de trastorno bipolar:

- Las personas con el trastorno bipolar tipo I han tenido al menos un episodio completo de manía con períodos de depresión grave. En el pasado, el trastorno bipolar tipo I se denominaba depresión maníaca.
- Las personas con trastorno bipolar tipo II nunca han experimentado un episodio maníaco completo. En lugar de esto, experimentan períodos de niveles elevados

de energía e impulsividad que no son tan extremos como la manía (llamado hipomanía). Dichos períodos alternan con episodios de depresión.

- Una forma leve de trastorno bipolar llamado ciclotimia implica fluctuaciones en el estado de ánimo menos intensas. Las personas con esta forma alternan entre hipomanía y depresión leve. Es posible que las personas con trastorno bipolar tipo II o ciclotimia reciban un diagnóstico equivocado de depresión.

En la mayoría de las personas con trastorno bipolar, no hay una causa clara para los episodios maníacos o depresivos. Los siguientes factores pueden desencadenar un episodio maníaco en personas con trastorno bipolar:

- Cambios en la vida como un parto.
- Medicamentos como antidepresivos o esteroides.
- Períodos de insomnio.
- Consumo de drogas psicoactivas.

El trastorno bipolar se caracteriza por unos síntomas que aparecen en episodios diferenciados con periodos de humor normal en medio. La mayoría de las veces no existe un patrón claro de cuándo o con qué frecuencia se producirán los episodios maníacos o cuándo o con qué frecuencia se alternan con episodios depresivos. Las oscilaciones acusadas del humor pueden producirse a lo largo de un periodo de horas, días, semanas, meses o incluso años ⁵.

3.1.3.1. Signos y síntomas de la manía (episodio maníaco)

Los síntomas principales de la enfermedad deben persistir durante una semana y/o exigir la hospitalización del paciente:

1. Un periodo diferenciado de humor anormal y persistentemente alegre, expansivo o irritable que dura al menos una semana (o cualquier otro plazo si se necesita hospitalización).

2. Durante el periodo de alteración del humor, se dan tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el humor simplemente es irritable) de forma continua y en un grado considerable:

- Excesiva autoestima o grandiosidad
- Disminución de la necesidad de dormir
- El enfermo está más comunicativo de lo habitual o presiona para seguir hablando

- Batiburrillo de ideas o experiencia subjetiva de que las ideas bullen
- Distracción (es decir, atención dirigida con facilidad a estímulos externos poco importantes o irrelevantes)
- aumento de la actividad destinada a lograr objetivos (ya sea en el plano social en el trabajo o el colegio, o en el plano sexual) o agitación psicomotriz
- excesiva implicación en actividades placenteras pero con una alta posibilidad de acarrear consecuencias dolorosas.

3. Los síntomas no cumplen los criterios de un “episodio mixto”.

4. La alteración del humor es lo suficientemente grave como para provocar un acusado deterioro de la capacidad funcional ocupacional o de las actividades sociales habituales o las relaciones con los demás, o como para requerir la hospitalización a fin de evitar daños al propio paciente o a otros, o hay características psicóticas.

5. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, consumo de drogas, una medicación u otro tratamiento o de a una enfermedad general como puede ser el hipertiroidismo.

3.1.3.2. Signos y síntomas de la depresión

Persisten cinco o más de los siguientes síntomas durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio con respecto a la capacidad funcional anterior; al menos uno de los síntomas es humor deprimido o pérdida de interés o placer.

1. Humor deprimido durante la mayor parte del día, prácticamente todos los días, señalado por el propio sujeto se siente triste o vacío u observado por otros.

2. Interés o placer claramente menguante en todas, o prácticamente en todas, las actividades durante la mayor parte del día.

3. Pérdida de peso significativa sin estar a dieta o ganancia de peso, o disminución o aumento del apetito.

4. Insomnio o hipersomnio.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotriz.

6. Fatiga o falta de energía.

7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada.
8. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse o indecisión.
9. Ideas recurrentes de muerte (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan o un intento de suicidio concreto o plan concreto para suicidarse.

Hay un artículo que demuestra que los síntomas de la depresión y del episodio maníaco tienen efectos específicos y diferenciados sobre el ajuste social en pacientes con desorden bipolar. Los síntomas de la depresión tienen un efecto negativo sobre funcionamiento y comportamiento interpersonal, mientras que los síntomas del episodio maníaco aumentan la fricción interpersonal ⁶.

3.1.4. Pruebas y exámenes

Hay diversos factores que están involucrados en el diagnóstico del trastorno bipolar. El médico puede tomar todas o algunas de las siguientes medidas:

- Historia familiar, preguntar acerca de los antecedentes familiares como, por ejemplo, si alguien tiene o ha tenido trastorno bipolar.
- Preguntar acerca de las fluctuaciones del estado de ánimo recientes y por cuánto tiempo las ha experimentado.
- Investigar causas somáticas, para llevar a cabo un examen completo para buscar enfermedades que puedan estar causando los síntomas.
- Solicitar pruebas de laboratorio para verificar problemas de tiroides o niveles de drogas.
- Hablar con los miembros de la familia respecto al comportamiento y su actitud en la vida diaria
- Elaborar la historia clínica, incluyendo cualquier problema médico que usted tenga y cualquier medicamento que esté tomando.
- Vigilar el comportamiento y el estado de ánimo.

En un reciente estudio se demuestra que a través de que ese metaanálisis proporciona pruebas de los cambios cerebrales anatómicos en el trastorno bipolar con regiones constantes de reducción de la sustancia gris en la corteza cingular anterior y la ínsula bilateral. Estas áreas son estructuras paralímbicas interconectadas, que son los componentes clave de los sistemas funcionales que intervienen en el dolor, la recompensa, el castigo y el procesamiento de las emociones. En el trastorno bipolar podrían encontrarse

cambios regionales más extensos cuando se investiguen grupos de individuos a mayor escala, y es posible que la medicación pueda contribuir a los cambios cerebrales ^{7,8}.

Recientes investigaciones, procedentes de la Universidad de Cambridge en estrecha colaboración con la empresa Rules-Based-Medicine revelan que a través de un análisis de sangre (VeriPsych) se puede determinar ciertas enfermedades mentales, entre las que se encuentra el Trastorno Bipolar. Se estudiarían 51 biomarcadores que podrían estar vinculados a la esquizofrenia y otros trastornos mentales. Esto puede suponer un avance de unas grandes dimensiones para la psiquiatría ⁹.

3.1.5. Tratamientos

Los períodos de depresión o manía retornan en la mayoría de los pacientes, incluso con tratamientos ^{2,10,11}. Los mayores objetivos del tratamiento son:

- Evitar moverse de una fase a otra, la ambivalencia
- Evitar la necesidad de una hospitalización en lo posible
- Ayudar a que el paciente se desempeñe lo mejor posible entre episodios.
- Prevenir la autoagresión y el suicidio, preservando la integridad del paciente
- Hacer que los episodios sean menos frecuentes e intensos.

El médico primero intentará averiguar lo que puede haber desencadenado el episodio del estado anímico. Igualmente, puede buscar cualquier problema físico o emocional que podría afectar el tratamiento.

Los siguientes fármacos, llamados estabilizadores del estado anímico, se usan primero:

- Carbamazepina
- Lamotrigina
- Litio
- Valproato (ácido valproico)

También se puede ensayar con otros fármacos anticonvulsivos ó antiepilépticos.

Otros fármacos empleados para tratar el trastorno bipolar abarcan:

- Antipsicóticos y ansiolíticos (benzodiazepinas) para problemas del estado de ánimo.
- Se pueden agregar antidepresivos para tratar la depresión. Las personas con trastorno bipolar son más propensas a tener episodios maníacos e hipomaníacos si se les administran antidepresivos. Debido a esto, los antidepresivos sólo se usan en personas que también estén tomando un estabilizador del estado de ánimo. Siempre con observación directa para evitar que un estado depresivo desemboque en un episodio maníaco por exceso de antidepresivos.

Hay teorías que presentan una buena terapia para personas que padecen trastorno bipolar relacionando el Litio y terapias psicológicas, teniendo en cuenta las dificultades de la enfermedad ¹².

Se puede usar terapia electroconvulsiva (TEC) para tratar la fase depresiva o maníaca del trastorno bipolar si no responde a los medicamentos terapia es el tratamiento más efectivo para la depresión que no se alivia con medicamentos. La terapia electroconvulsiva utiliza una corriente eléctrica para causar una breve convulsión mientras el paciente se encuentra bajo el efecto de la anestesia. Esta terapia es el tratamiento más efectivo para la depresión que no se alivia con medicamentos ¹³.

3.1.6. Incidencia en la Población

Los Trastornos del Espectro Bipolar tienen una prevalencia que se da en un porcentaje que varía según los estudios, siempre sesgados por incertidumbres diagnósticas en cuanto a la representatividad de la muestra, del 2 al 6 % de la población. Igualmente hay que decir que se da en las distintas razas, sexos, latitudes, clases sociales y credos. En definitiva que no hay más factor eximente del Trastorno Bipolar que un genoma libre de anomalías o tal vez unos acontecimientos vitales a la medida del sujeto. ¹⁴

En los últimos tiempos se está diagnosticando más frecuentemente el Trastorno Bipolar y ello puede deberse a:

- Al extenso uso de los antidepresivos, que da lugar a que pacientes depresivos unipolares, al ser tratados con determinados antidepresivos viren a la manía o hipomanía y sean diagnosticados de TB.
- A mejores y más finos criterios diagnósticos para el TB. Por ejemplo, pacientes que en otras épocas fueron diagnosticados de esquizofrénicos por los elementos psicóticos de su cuadro clínico.

3.1.7. Comienzo de la enfermedad

El trastorno hace su aparición frecuentemente entre los 15 y 20 años de edad. El primer tratamiento se retrasará 8-10 años.

Sin embargo, existen muchos indicios de su inicio en la pubertad o antes, de manera solapada. El inicio precoz puede ser indicador de mal pronóstico. En las edades más jóvenes existe problema para identificar el trastorno ya que pasan inadvertidos con frecuencia recibiendo el diagnóstico de la patología comórbida que le suele acompañar.

3.1.8. Diferencias en cuanto al sexo y factores de riesgo

En las mujeres predominan los episodios depresivos mientras que en los hombres lo hacen los maníacos o al menos igualan a los depresivos.

Elas presentan síntomas atípicos más frecuentemente que ellos en las depresiones. También ellas ganan en frecuencia de episodios mixtos y ciclación rápida.

Existe un riesgo elevado de recaída durante las primeras semanas del puerperio. La tensión premenstrual y el uso de anticonceptivos orales pueden tener connotaciones que hay que valorar.

En cuanto a factores de riesgo para que debute la enfermedad podemos encontrar:

- Jóvenes de 20 a 40 años.
- Estatus socioeconómico alto.
- Estado civil separado y divorciado.
- Historia familiar de paciente bipolar.
- Eventos estresantes negativos de la vida.
- Habitar en suburbios.

3.1.9. Comorbilidad

Concurrencia de 2 o más trastornos mentales ^{15,16}.

Las más frecuentes son:

- Alcoholismo. Es de las patologías comórbidas más frecuentes. Suele ser un factor premórbido que precede en torno a un año al episodio maníaco y suelen ser de peor pronóstico. El riesgo relativo de comorbilidad alcohólica y TB alcanza cifras del 6% en varones y del 10% en mujeres. Se desconoce la causa de esta relación.
- Consumo de cannabis. Agrava el curso del TB más que desencadenar su debut.
- Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Existe un intenso solapamiento entre en TB y TDAH.
- Trastornos de la conducta. Son frecuentes como primera manifestación del TB y la manía (agresividad e irritabilidad, conductas explosivas, conductas exigentes).

- Trastorno obsesivo-compulsivo. Suele ser previo al inicio del TB.
- Alteraciones del control de impulso
- Trastornos de ansiedad
- Cuadros de pánico
- Trastornos de personalidad
- Trastornos de la conducta alimentaria (bulimia)
- Suicidio

3.2. ANTECEDENTES Y LAGUNAS DEL CONOCIMIENTO

Antes de plantear el plan de cuidados hay que saber para qué queremos utilizarlo, en que ámbito y cuál será el usuario que se favorecerá.

Hay varios tipos de modelos de enfermería, vamos a analizar los más importantes.

La adopción de un modelo conceptual enfermero es una decisión personal y de responsabilidad individual de cada uno; decisión que puede estar influenciada por numerosos factores: nuestros conocimientos, nuestro historial profesional y personal, nuestras circunstancias laborales, y que van a harán que optemos por uno u otro.

Para poder realizar un correcto plan de cuidados en pacientes con trastorno bipolar, es necesario saber cuantos tipos de valoraciones hay y en que consisten cada uno de ellos.

Cuando estamos en la planta y recibimos a un paciente lo primero que tenemos que hacer es evaluar, y dependiendo de la valoración tendrá unos diagnósticos u otros, con sus consecuentes objetivos y actividades para poder restablecer el patrón que esté alterado, y poder mejorar la salud del paciente.

En los siguientes párrafos se describe en que consiste la metodología enfermera, su para que sirve, su proceso, las valoraciones y los modelos de cuidados más importantes así como una breve opinión de cada uno, no quitando protagonismo al apartado de la justificación.

3.2.1. Metodología enfermera

La Metodología Enfermera es un método sistemático y organizado que permite administrar cuidados de enfermería, centrado en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas (persona – familia y/o grupos – comunidad) y las alteraciones de la salud reales o potenciales que los usuarios presentan en cualquier momento y circunstancia de su ciclo vital¹⁷.

Por lo tanto, el uso de una metodología enfermera:

- Permite una base científica de conocimientos
- Posibilita la práctica enfermera basada en la evidencia
- Mejora la gestión del conocimiento, los resultados, la calidad y eficiencia
- Mejora la autonomía profesional
- Ayuda a disminuir la variabilidad de la práctica clínica
- Aporta terminología común con un lenguaje enfermero (taxonomías NANDA ¹⁸, NIC ¹⁹, NOC ²⁰.
- Permite medir y evaluar el producto enfermero potenciando la investigación enfermera

- Asegura la continuidad de cuidados, manteniendo la visión holística de la persona, centrando nuestros cuidados en ella.

El conocimiento es el elemento fundamental de toda actuación profesional. En el caso de enfermería le permite detectar patrones o conductas saludables y problemas que requieran intervención profesional. Estos conocimientos deben proporcionar la solidez necesaria para que la enfermera pueda diferenciar lo que sería un problema clínico de un problema de enfermería, uno de los pasos primordiales para la decisión de planteamientos diagnósticos enfermeros o actividades de colaboración con otros profesionales. El uso de la metodología científica es quizás el elemento que da mayor rigor a la práctica profesional. Por ejemplo, sería incorrecto elaborar un diagnóstico sin antes haber realizado un examen o valoración previa, e igualmente emitir un informe de alta sin especificar una intervención y los motivos que llevaron a ella.

La utilización del método científico en la práctica enfermera viene reflejado a través del Proceso de Atención de Enfermería

3.2.2. Proceso de atención de Enfermería

El Proceso de Enfermería es el conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados de salud reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de Enfermería. Se desarrollan actividades utilizando la metodología enfermera a través del plan individualizado, empleando para ello las herramientas NANDA, NIC Y NOC. La provisión de cuidados integrales al paciente y/o familia se realizará a través del proceso de enfermería por la enfermera referente, así como el seguimiento y valoración del paciente con contactos periódicos según sus necesidades asistenciales en el equipo de salud mental, hospital o en su propio domicilio.

Los Planes de cuidados enfermeros son la expresión escrita de la aplicación del proceso enfermero. Son un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente.

El proceso de atención de enfermería consta de varias fases:

1. Fase de Valoración
2. Diagnóstico
3. Planificación
4. Ejecución
5. Evaluación

3.3. Valoraciones enfermeras

La valoración, es 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 espirituales²¹⁻²⁴.

Según en la etapa que se realice la entrevista tendremos:

- **Valoración inicial:** es la base del plan de cuidados. Se realiza en la primera consulta (primer contacto con la persona). Permite recoger datos generales sobre los problemas de salud del paciente y ver qué factores influyen sobre éstos. Facilita la ejecución de las intervenciones.

- **Valoración continua, posterior o focalizada.** Se realiza de forma progresiva durante toda la atención. Es la realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial. Tiene como objetivo:

- Recoger datos a medida que se producen los cambios, observando el progreso o retroceso de los problemas.
- Realizar revisiones y actuaciones del plan.
- Obtener nuevos datos y detectar nuevos problemas de salud.

3.4. Tipos y modelos de enfermería: según su valoración.

▪ **Valoración mediante Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon.**

La valoración del paciente tiene una gran importancia para conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud, reales o potenciales, que puedan ser tratados por las enfermeras para llegar al diagnóstico enfermero.

Para llevar a efecto esta valoración se puede optar por una herramienta que puede ser usada independientemente del modelo enfermero seguido. Esta herramienta es la valoración por patrones funcionales de M. Gordon.

Los patrones funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

La utilización de éstos permite una valoración enfermera sistemática y premeditada, con la que se obtiene una importante cantidad de datos relevantes del paciente (físicos, psíquicos, sociales, y del entorno) de una manera ordenada, lo que facilita, a su vez, el análisis de los mismos; es decir, cumple todos los requisitos exigibles de una valoración correcta.

La valoración por patrones funcionales enfoca su atención sobre 11 patrones con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, las cuales son

interactivas e independientes.

Estos patrones surgen de la evolución entre el paciente y su entorno y están influenciados por factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales

La valoración por patrones funcionales tiene como objetivo determinar el perfil funcional del individuo, buscando si existe alteración o riesgo de alteración de alguno de ellos para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación y que ayude a eliminar o disminuir la disfuncionalidad.

El juicio sobre si un patrón es funcional o disfuncional se hace comparando los datos obtenidos en la valoración con datos de referencia del individuo, normas establecidas según la edad del individuo, normas sociales o culturales, etc.

Un patrón disfuncional puede aparecer con una enfermedad, o puede conducir a ella. Todo esta dinámica busca la determinación del perfil funcional del individuo y la localización de aquellos patrones funcionales que están alterados, o en riesgo de alteración, en alguna medida, para posteriormente determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación.

La valoración de cada uno de los patrones debe evaluarse en el contexto de los demás, ya que ningún patrón podrá comprenderse sin el conocimiento de los restantes.

Los 11 Patrones Funcionales son:

- Patrón 1: Percepción de la salud
- Patrón 2: Nutricional/metabólico.
- Patrón 3: Eliminación.
- Patrón 4: Actividad/ejercicio.
- Patrón 5: Sueño/descanso.
- Patrón 6: Cognitivo/perceptivo.
- Patrón 7: Autopercepción/autoconcepto.
- Patrón 8: Rol/relaciones.
- Patrón 9: Sexualidad/reproducción.
- Patrón 10: Adaptación/tolerancia al estrés.
- Patrón 11: Valores/creencias ²⁵⁻³³.

Viendo los artículos, estudios y planes de cuidado desarrollado para la patología que estamos tratando, creo que es de vital importancia de la correlación entre la taxonomía NANDA que está dividida por dominios o patrones y coincide con esta valoración, eso significa que, a la hora de aplicar los diagnósticos será más fácil y más sencillo.

Teniendo en cuenta que nos movemos en el ámbito de la salud mental, se puede decir que es un paciente particular, y habrá muchos cuidados que no precisará, es

prácticamente autónomo en las AVDS por tanto, me gusta este modelo para aplicarlo en mi plan de cuidados.

- **Valoración mediante Necesidades Humanas de Virginia Henderson.**

Un modelo enfermero es "una visión ideal acerca de lo que debería ser la enfermería".

Cada modelo enfermero, (modelos de Interacción, modelos evolucionistas o de adaptación, modelos de necesidades humanas, modelos de sistemas) que ha ido construyendo influido por las diferentes teorías existentes, presenta una visión distinta de la enfermería; por ello y aunque todos tengan los mismos componentes, cada modelo aporta una visión diferente acerca de un mismo concepto.

El que una enfermera adopte uno u otro va a ser determinante en el proceso de la valoración enfermera, ya que éste va a guiar las decisiones que tomen, va a indicar qué información es relevante, qué áreas son competencia de la enfermera, etc., para posteriormente, orientar nuestras intervenciones.

El modelo de Virginia Henderson representa, junto con Dorotea Orem, la tendencia de suplencia o ayuda. Ambas conciben el papel de la enfermera como la realización de las acciones que el paciente no puede llevar a cabo en un determinado momento de su vida (niñez, ancianidad, enfermedad), fomentado, en mayor o menor grado, el autocuidado por parte del paciente.

Esta teórica de enfermería incorporó los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto de enfermería. Más que un modelo, su obra se considera como una filosofía definitoria de la profesión enfermera.

V. Henderson define:

- **Persona:** como individuo que necesita de la asistencia para alcanzar un estado de salud e independencia o para morir con tranquilidad. Considera a la familia y a la persona como una unidad. La persona constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales, además de estar influida por el cuerpo y por la mente, tiene unas necesidades básicas que cubrir para su supervivencia. Necesita fuerza, voluntad o conocimiento para lograr una vida sana.
- **Entorno:** sin definirlo explícitamente, lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados. La salud puede verse afectada por:
 - Factores físicos: aire, temperatura, sol, etc.
 - Factores personales: edad, entorno, cultura, capacidad física e inteligencia.

- Salud: capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las necesidades básicas. La calidad de la salud permite al individuo trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.
- Necesidad básica: es "todo aquello que es esencial al ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar", siendo concebida esta necesidad como un requisito más que como una carencia. Todos los seres humanos tienen las mismas necesidades comunes de satisfacer, independiente de la situación en que se encuentre cada uno de ellos, puede variar el modo de satisfacerlas por cuestiones culturales, modos de vida, motivaciones, etc. Considera catorce necesidades:
 1. Respirar normalmente.
 2. Comer y beber adecuadamente.
 3. Eliminar desechos del organismo.
 4. Movimiento y mantenimiento de postura adecuada
 5. Dormir y descansar.
 6. Usar ropas adecuadas, vestirse y desvestirse.
 7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
 8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
 9. Evitar los peligros del entorno.
 10. Comunicarse con los demás expresando emociones.
 11. Vivir de acuerdo con sus propias creencias y valores.
 12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado
 13. Participar en actividades recreativas.
 14. Aprender, descubrir y satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Se puede observar una similitud entre las 14 necesidades básicas que define V. Henderson y la escala de necesidades de Maslow³⁴⁻⁴².

Viendo los artículos, estudios y planes de cuidado desarrollado para la patología que estamos tratando, creo que este modelo de enfermería es muy completo, abarca todas las necesidades del ser humano, e intenta cubrirlas.

Su desarrollo no es complicado y si puede serlo el aplicar los diagnósticos de la NANDA ya que, son 14 necesidades en las que se dividen, en cambio la taxonomía NANDA utiliza 11 dominios.

El modelo de cuidados va más encaminado a cubrir necesidades de pacientes somáticos, aunque como se demuestran en los artículos, también lo hacen para pacientes psíquicos.

▪ **Valoración enfermera Dorotea Orem**

La búsqueda de Orem es lograr una mayor comprensión de la naturaleza de la enfermería empezó formalmente a finales de la década de los 50, dedicó mucha energía a comprender el significado de la enfermería y autocuidado. En su postulado “Enfermería: los conceptos de práctica”, proporciona un marco que contempla: la práctica, la educación y la gestión de enfermería, con el propósito de mejorar los cuidados⁴³.

Orem desarrolla su teoría a partir de los 4 elementos paradigmáticos de la enfermería: Persona, Entorno, Salud, Enfermería. La teoría general de Orem del déficit de autocuidado se configura a través de la suma de tres sub-teorías consideradas en conjunto y son: teoría del autocuidado, teoría del déficit del autocuidado y teoría de los sistemas.

Teoría del autocuidado

Es una acción adquirida, es decir; que es aprendido por una persona en su contexto sociocultural, la persona inicia una acción de manera voluntaria deliberadamente con el objetivo de mantener su vida, salud y el bienestar tanto suyo como de las personas que están bajo su responsabilidad, esta acción emana de una exigencia que es sentida por la persona u observada por otra, siendo necesario su compromiso.

El autocuidado está influenciado por los factores condicionantes básicos, por el estado de salud, sistema familiar o por comportamiento y recursos de cada persona. Describe tres tipos de requisitos: Requisitos de Autocuidado Universal; Requisitos del Desarrollo; Requisitos de Alteración o Desviación de la Salud. Los requisitos de autocuidado universales (RAU) abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales en la vida. Cuando están satisfechos en su totalidad, contribuyen a la ayuda positiva de los procesos de vida físico, cognitivo y emocional, la integridad estructural y funcional, la maduración, la salud y el bienestar, de lo contrario si hay una insatisfacción puede conducir a estados potencialmente peligrosos para la vida.

Estos (RUAC), son comunes a todas las personas y se requieren a lo largo de toda la vida y en todas las situaciones de la salud cubriendo los aspectos fundamentales para la vida, el mantenimiento de la integridad de las estructuras y el funcionamiento y bienestar de la persona. En este grupo se incluyen: mantenimiento de un aporte suficiente de aire, mantenimiento de un aporte suficiente de agua, mantenimiento de un aporte suficiente de alimento, provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación de desechos, incluidos los excretos, mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo,

mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social, prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano, promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

Los (RUAC) se ven influenciado por los factores condicionantes básicos que son condiciones internas y externas de la persona que afectan por una parte, a la cantidad y calidad de cuidados que requiere la persona y por otra parte, a las manifestaciones de los requerimientos y a la capacidad para el autocuidado, estos factores fueron propios de las personas o del entorno en que vive. Estos influyen, por una parte en la naturaleza y cantidad de acciones de autocuidado que necesitan llevar a cabo la persona para mantenerse en condiciones de salud satisfactorias y sacar todo el partido posible a su propia vida y por otra en las capacidades de las personas que se encargan de su autocuidado o del cuidado de quienes dependen de ella. Estos son los siguientes: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales y disponibilidad y adecuación de los recursos.

Teoría del Déficit del Autocuidado

Expresa y desarrolla las razones por las que las personas requieren cuidados de enfermería, se asocia con factores subjetivos que afectan a personas jóvenes o maduras, cuyas acciones estuvieran limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que los hace total o parcialmente incapaces de descubrir los requisitos actuales y emergentes que han de satisfacer en el cuidado de sí mismos o de quienes están a su cargo.

Esta teoría se muestra que cuando la capacidad de autocuidado del individuo es menor que la demanda de cuidado terapéutico, la enfermera compensa los déficit de autocuidado o de asistencia dependiente. Por lo tanto un déficit de autocuidado representa una relación en la cual la demanda de cuidado terapéutico excede la agencia de autocuidado.

Teoría de los Sistemas de Enfermería

Es la más general de ellas, incluye todos los términos esenciales manejados en las demás y describe la estructura y contenido de la profesión de enfermería, sugiere que la disciplina de enfermería es una acción humana articulada en sistemas de acción formados, diseñados y producido por enfermeras, a través del ejercicio y desarrollo de la agencia de autocuidado. Ante personas con limitaciones de salud o relacionadas con ellas, que

plantean problemas de cuidado o de cuidado dependiente. Los elementos para planificar y llevar a cabo la ayuda de enfermería por medio de los sistemas de enfermería los cuales son: Sistemas de enfermería totalmente compensatorio; parcialmente compensatorio; sistemas de apoyo - educativo. Estos sistemas se llevan a cabo por medio de los siguientes métodos enfermeros: Actuar por otro; Guiar a otro; Apoyar a otro; Proporcionar un entorno de desarrollo; Enseñar a otro.

Los métodos de ayuda adecuados para desarrollar los sistemas de apoyo-educativo son: proporcionar un entorno que fomente el desarrollo, apoyar, guiar y enseñar. Estos métodos de ayuda Orem los describe como comunes en todas las situaciones de ayuda, puede utilizarse tanto en situaciones individuales como para grupos, seleccionándolos y combinándolos según las demandas de autocuidado y la capacidad de la agencia de autocuidado o agencia de cuidado dependiente. Se convierten en agentes de cuidados actuando en lugar de la persona, apoyándola física y/o psicológicamente, promoviendo un entorno favorable del desarrollo personal y enseñándole, de tal manera que llegue a ser capaz de satisfacer sus demandas de autocuidado actuales y futuras.

Viendo los artículos, estudios y planes de cuidado desarrollado para la patología que estamos tratando, creo que este modelo de enfermería se queda corto y no aporta lo que se busca en este plan de cuidados. Este modelo se basa fundamentalmente en el autocuidado, esto es un problema ya que este tipo de pacientes no tiene conciencia de enfermedad, por tanto, es difícil enseñar a alguien a cuidarse de algo que él cree que no tiene, de ahí se explica lo pocos, muy pocos modelos que existen en salud mental a través de este modelo de enfermería.

3.3. JUSTIFICACION: ANALISIS CRÍTICO DE LAS VALORACIONES DE ENFERMERÍA

Analizados los 3 modelos de enfermería antes mencionados y realizando una crítica al final de cada exposición podemos decir lo siguiente.

La valoración por Patrones Funcionales de Marjory Gordon está basado en teorías humanistas y el periodo de su valoración será clave ya que es la primera fase del proceso de enfermería y de ahí vendrán los diagnósticos y sus respectivos cuidados.

Tiene como misión atender los procesos vitales de la persona, se basa en los patrones funcionales.

Aporta una serie de ventajas, ya que estos pueden ser utilizados independientemente del modelo enfermero del que se parta. Se adaptan a cualquier ámbito, permitiendo estructurar y ordenar la valoración tanto a nivel individual como familiar o comunitario, a lo largo de la vida de la persona tanto en la salud como en la enfermedad, ayudando a la fase de diagnóstico al estar en el origen de la clasificación por dominios de la NANDA.

Este modelo de enfermería sirve para poder realizar íntegramente un correcto plan de cuidados, eso explica que los siguientes artículos y/o textos utilicen este modelo para poder trabajar^{2 44-48}.

La proximidad y relación con la taxonomía NANDA es clave, facilita el trabajo y hace que sea más fácil, ya sea a la hora de realizarlo, o reevaluarlo.

Lo negativo sería la poca instauración de este modelo de cuidados en el uso diario de las plantas de enfermería, aunque la similitud como se ha comentado antes con la Taxonomía NANDA, y su posterior utilización con el NIC, y NOC, hacen que tenga gran potencial a la hora de que los nuevos enfermeros se decanten por este modelo y no otros.

En la actualidad, la valoración más utilizada por los profesionales corresponde a la de Virginia Henderson, es muy completa.

Permite trabajar al personal de enfermería desde un plano propio y en colaboración con otros profesionales, existe abundante documentación para poder realizar estudios o seguimientos, contempla a la persona como un todo (de ahí que se base en patrones de necesidades), incluye el papel de colaboración en el equipo multidisciplinar, propone el método de resolución de problemas, puede utilizarse en todos los ámbitos de actuación, considera a la persona en el eje central de las actuaciones enfermeras.

Es la valoración más completa que se puede utilizar, mucho más que las otras dos, pero ocurre que, al ser pacientes mentales no va a ver patrones alterados, como pueden ser dificultad en la alimentación, eliminación, respiración...aunque no signifique que no lo

puedan tener, pero ya sería a nivel más individual y no generalizado como puede ser este plan de cuidados.

Esto no significa que no realicen planes de cuidados en este sentido para la salud mental, pero a mi juicio, creo que no es el más idóneo, siendo válido también.

Explicado antes el modelo de Orem, es un modelo a nivel más comunitario y no válido para una unidad de cuidados de media estancia, y más aún para salud mental.

Modelo válido ya que como se ha mencionado antes, se basa en, intentar apoyar a personas que no pueden cuidarse ellos mismos, el autocuidado, en esa situación se actuaría.

El modelo de Orem va encaminado a pacientes estabilizados, con mucha terapia y sobretodo, en nivel comunitario si podría utilizarse, pero el autocuidado en personas con mala adherencia al tratamiento dificultaría la implantación de este modelo.

Apenas hay documentación de este modelo, incluso se está extinguiendo su utilización.

En consecuencia con lo mencionado anteriormente, expuesto los modelos de enfermería para la realización de los cuidados, valorados, comentados y criticados, el modelo de enfermería a utilizar para la realización de este trabajo de fin de grado, en la categoría de paciente bipolar en unidad de media estancia, es el modelo basado en patrones funcionales de Marjory Gordon, aunque el modelo de Virginia Henderson también es válido, pero ante la complejidad de un plan de cuidados como este, donde hay que realizar una valoración exhaustiva, y hay muchos diagnósticos enfermeros debido a la complejidad de la patología, con sus respectivos objetivos y sus respectivas actividades se utilizará Marjory Gordon.

4. OBJETIVOS

Diferenciamos entre objetivos generales en los que se incluyen los que deseamos que se cumplan cuando el paciente salga de planta y objetivos específicos que se dividen en tres etapas, en las que se puede dividir el ingreso.

4.1. Generales

- Diseñar una trayectoria clínica para pacientes con diagnóstico de Trastorno Bipolar, optimizando su atención, mejorando la calidad de vida percibida mediante una guía de valoración de patrones funcionales y diseñando un plan de cuidados específico.

4.2. Específicos

Al ingreso:

- Empatizar con el paciente para reconducir sus expectativas de abandonar el hospital reforzando sus vivencias ciertas y observando su conducta para determinar la potencia de riesgo.
- Observar interrelación con el entorno teniendo en cuenta los parámetros valorados en el apartado de seguridad.
- Realizar contención verbal eliminando estresores ambientales, estableciendo límites, sin mostrar oposición reforzando la realidad.
- Realizar preguntas simples y cerradas que permitan respuestas sencillas.
- Valorar contención mecánica si procede según protocolo.
- Instaurar dinámica de actividades básicas.
- Asegurar que tome la medicación, observar posibles efectos secundarios y monitorización de fármacos.
- Valorar patrón de sueño, registrar el número de horas nocturnas.

Fase de estabilización:

- Dar ejemplo de cómo expresarse de manera correcta reconduciendo la verborrea hacia un discurso óptimo insistiendo en obtener una respuesta adecuada.
- Consensuar iniciativas y decisiones para conseguir una mejor adaptación a la unidad.
- Conseguir que respete horarios establecidos y que dedique el tiempo necesario.
- Crear un ambiente tranquilo y satisfactorio ayudando a clarificar la realidad.
- Reconducir sus expectativas respecto al ingreso.
- Tratar de identificar estresores que generan percepciones distorsionadas.

Fase preliminar al alta:

- Conseguir adhesión al tratamiento farmacológico, con educación sanitaria referente a la vinculación a su respectivo CSM
- Fomentar conductas y aspecto apropiado que posibilite su integración social
- Enseñar pautas de higiene del sueño para prevenir posibles alteraciones
- Ayudar a identificar los factores desencadenantes de una posible recidiva para que acuda a su CSM.

5. DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD O SITUACIÓN CONCRETA

Las unidades de Media Estancia (UME) vienen definidas en el Decreto 92/2006 como dispositivos hospitalarios diseñados para dar atención a pacientes cuya situación psicopatológica persiste después del tratamiento habitual implantado en ESM y UHB, y para proporcionar terapéuticas rehabilitadoras.

Atienden pacientes con las siguientes características:

- Pacientes cuya sintomatología psiquiátrica activa no remite en el tiempo medio de internamiento en la Unidad de Hospitalización Breve.
- Pacientes con TMG que presentan desadaptación social o familiar y requieren una intervención terapéutica específica complementada con programas de rehabilitación.
- Pacientes con TMG y factores de riesgo de recaída por falta de conciencia y/o conocimiento de la enfermedad, adherencia al tratamiento u otros factores clínicos que aumenten la probabilidad de recaída.

Sus Funciones son las siguientes:

- Tratar resistencias psicopatológicas, intensificando y completando acciones terapéuticas ya iniciadas en otros dispositivos asistenciales.
- Evitar la cronificación y el riesgo de institucionalización
- Proporcionar la adquisición de habilidades que mejoren la autonomía del paciente.
- A las Unidades de Media Estancia se accede a través de las Unidades de Hospitalización Breve o bien de las Comisiones de Salud Mental del Área donde se ubique la Unidad. Al alta podrá ser derivado al Equipo de Salud Mental. Sus características físicas son semejantes a las de las Unidades de Hospitalización Breve.

Las UME tendrán dos tipos de programas

- Programas de tratamiento intensivo de TMG con enfoque en el diagnóstico.
- Programas de rehabilitación (enfoque en la discapacidad) encaminados a generar un plan individualizado de rehabilitación de cada paciente, coordinado a través del ESM, CRPS y con otros recursos de la red de los que sea un usuario el paciente (ej. recursos residenciales comunitarios).
- La UME debe de ser, por las ventajas de planificación que representa la hospitalización más larga y el tiempo disponible para el estudio, una estructura esencial de validación y reevaluación de la terapéutica⁴⁹.

6. INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN

Para la realización del plan de cuidados se han utilizado:

-Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon

-NANDA

Nor American Nursing Diagnosis Association, es una sociedad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar el uso de los diagnósticos enfermeros. En 2002, NANDA se convierte en NANDA International. Se divide en 13 dominios, promoción de la salud, nutrición, eliminación/intercambio, actividad/reposo, percepción/cognición, autopercepción, rol/relaciones, sexualidad, afrontamiento/tolerancia al estrés, principios vitales, seguridad / protección, confort, crecimiento/desarrollo

-NOC

Nursing Outcomes Classification. Los resultados estandarizados fueron desarrollados para medir los efectos de las intervenciones de cuidados se utilizan en todos los ajustes y con todas las poblaciones del cliente. Por lo que pueden medir estado del cliente con varios acontecimientos de la salud extendidos demasiado los períodos del cuidado. Hay siete dominios del NOC, que describen la respuesta deseada del cliente: La salud funcional, la salud psicológica, salud sicosocial, conocimiento de la salud y comportamiento, percepción de salud, salud de la familia, y salud de la comunidad.

-NIC

Nursing Interventions Classification. Las intervenciones enfermeras que realizamos o tratamiento que utilizamos para modificar alteraciones en la salud del paciente

La taxonomía NIC tiene 3 niveles:

Campos.

Clases.

Intervenciones.

Actualmente (2009-2011) NIC tiene: 7 campos, 30 clases, 542 intervenciones y más de 12.000 actividades. Para codificar los campos se han utilizado números del 1 al 7.

7. DESARROLLO

Valoración de Enfermería por Patrones Funcionales de M. Gordon.

1. Percepción – Manejo de la Salud.
 - a. Cómo te encuentras.
 - b. Vestido y Aseo.
 - c. Cómo consideras qué es tu estado de salud.
 - d. Antecedentes médicos. Alergias.
 - e. Ingresos hospitalarios.
 - f. Qué tratamiento tomas. Para qué lo tomas..
 - g. En casa te preparabas las pastillas. Se te olvidaba alguna toma.
 - h. Hábitos tóxicos: Fumador y cantidad. Café. Drogas.
2. Nutricional – Metabólico.
 - a. IMC.
 - b. Problemas relacionados con la ingesta.
 - i. Ausencia piezas dentales.
 - ii. Dificultades para masticar, tragar...
 - iii. Problemas digestivos.
 - c. Horario de comidas.
 - d. Grupos de comida.
 - e. Aspecto/Estado de la piel.
3. Eliminación.
 - a. Patrón urinario.
 - b. Patrón intestinal. Nº veces/semana. Dolor, sangrado.
 - c. Sudoración.
4. Actividad – Ejercicio.
 - a. TA FC SatO2
 - b. ECG.
 - c. Movilidad.
 - d. Actividades diarias.
 - e. Estilo de vida.
 - f. Ocio.
 - i. Importancia de las actividades

- ii. Tipo de actividad.
- iii. Tiempo que le dedica.

5. Sueño – Reposo.

- a. Tiempo dedicado al sueño.
- b. Hora de acostarse /levantarse . Siesta .
- c. Problemas de salud .
- d. Uso de fármacos para dormir.
- e. Consumo de sustancias estimulantes.
- f. Ronquidos.

6. Cognitivo – Perceptual.

- a. Nivel de consciencia /Orientación .
- b. Puede leer Escribir Idioma.
- c. Conciencia de realidad.
- d. Sentidos.
 - i. Vista.
 - ii. Oído.
 - iii. Olfato.
- e. Percepción de dolor.
- f. Lenguaje. Aprendizaje.
- g. Problemas para expresar ideas.
- h. Concentración. Síntomas depresivos,Fobias Miedos...
- i. Conducta: Irritabilidad Intranquilidad Agitación.

7. Autopercepción – Autoconcepto.

- a. Cómo te percibes a ti mismo.
- b. Cómo crees q te perciben los demás.
- c. Postura Patrón de voz Contacto visual
- d. Estado de ánimo Asertividad Nerviosismo.

8. Rol – Relaciones.

- a. Con quien vive.
- b. Estructura familiar.
- c. Rol en la familia.
- d. Apoyo familiar.

e. Grupo social: Amigos .

9. Sexualidad – Reproductivo.

10. Adaptación – Tolerancia al estrés.

a. Cambios importantes en los dos últimos años.

b. Tenso o relajado. Qué le ayuda a aliviar la tensión.

11. Religión – Creencias.

a. Qué esperas de la estancia en el centro.

b. Qué te gustaría hacer cuando te den el alta.

VALORACIÓN

Distinguimos 2 tipos de episodio en el trastorno bipolar, episodio maniaco y episodio depresivo.

-VALORACIÓN EPISODIO MANIACO

1. Percepción – Manejo de la Salud.

Las personas en estado maniaco no tienen conciencia de padecer una alteración del estado de ánimo. Se sienten plétóricas, hiperactivas y rechazan cualquier intento de ayuda. Se hace, pues muy difícil que acepten el cumplimiento del tratamiento prescrito.

Presentan un alto grado de distraibilidad, y les resulta difícil, cuando no imposible, concentrar su atención en cuestiones que estén fuera de su ámbito de interés. Incluso sobre estos tampoco permanecen centrados durante mucho tiempo. Presentan humor altamente variable, de la euforia a la irritación extrema, cambian con suma facilidad y sin razón aparente.

Uso y consumo de sustancias tóxicas: drogas ilegales, alcohol, fármacos, etc. Riesgo de lesiones por accidentes.

2. Nutricional- Metabólico

La manía induce a la hiperactividad. Se produce malnutrición debido al incumplimiento de los requerimientos nutricionales básicos por incapacidad para centrarse en la necesidad de alimentarse y toda la secuencia de acciones precisas. Se presentan pérdida de peso y desarreglos digestivos.

Los pacientes maniacos comen cualquier cosa, sin masticar casi, y no respetan un horario básico o una regularidad.

3. Eliminación.

Estreñimiento y otras alteraciones relacionadas con los desarreglos metabólicos y nutricionales.

Diarrea secundaria a altos niveles de litio en sangre.

4. Sueño-descanso

Los pacientes en estado maniaco no duermen, porque no sienten la necesidad de hacerlo.

Se produce pérdida del ritmo.

Tendencia a dormir fuera de horas, o se quedan dormidos porque les puede rendir el cansancio.

5. Cognitivo- Perceptivo

Alteraciones psicomotoras.

Verborrea. Lenguaje provocador.

Taquipsiquia. Robo del pensamiento.

Alteraciones sensoperceptivas.

Dificultades para concentrarse y de memoria.

Exacerbación del rendimiento intelectual, pero en general ineficaz. Asociaciones incoherentes.

Hipersensible a los estímulos externos.

6. Actividad-ejercicio

Hiperactividad, personas infatigables, centrada en los proyectos delirantes.

Inquietud psicomotriz, llegando a la agitación en estados extremos.

No colabora en las actividades de autocuidado ni en las domésticas.

7. Percepción de sí mismo-autoconcepto

Percepción bizarra, hipertrofiada de sí mismo.

Sentimientos de grandeza, ideación paranoide.

Sentimientos de plenitud.

Actitud hedonista y narcisista.

8. Rol-relaciones

Actividad social intensa. Abandono de las responsabilidades inherentes al estatus y a los roles sociales.

Conductas extravagantes y osadas.

Prodigalidad y proyectos ruinosos que pueden llevar a la ruina.
Falta de límites: indiscreción, intromisión del espacio social ajeno, etc.

9. Afrontamiento-tolerancia al estrés

Alta reactividad emocional.
No conciencia de enfermedad, lo que se traduce en falta de colaboración.
Las actitudes de afrontamiento son inadecuadas e improductivas.
Raramente admiten la crítica, y puede llevar a conductas agresivas.

10. Sexualidad-reproducción

Hiperactividad sexual.
Promiscuidad, sin prestar atención a tomar medidas profilácticas.
Conductas de acoso.

11. Valores-creencias

En principio no se altera el contenido de las creencias de tipo religioso, pero si se puede exacerbar su expresión.

Existe una expresión verbal exacerbada de ciertos valores universales: amistad, compromiso, lealtad, por ejemplo, pero la práctica suele estar llena de contradicciones. (29)

-VALORACIÓN EN EL ESTADO DEPRESIVO

1. Percepción – Manejo de la Salud.

Las personas afectadas por la depresión tienen conciencia de padecer una alteración del estado de ánimo, aunque en los primeros estadios no son capaces de reconocer su carácter de enfermo. Esto hace que, en general, consideren su situación de forma inadecuada, buscando razones externas -mala suerte, el destino, la gente, etc., o internas.

Además, presentan:

- Sentimiento de minusvalía personal, social.
- Actitud hipocondríaca, preocupación excesiva sobre la propia salud, y sensación de padecer enfermedades de carácter fatal.
- Uso y consumo de sustancias tóxicas: Alcohol, fármacos, y en general, automedicación en busca de un estado de ánimo mejor.
- Vivencias subjetivas de estar rodeado/a de problemas: familiares, laborales, etc. En muchas ocasiones, se culpabilizan por todas las situaciones que se producen a su alrededor, pero no valoran de igual forma los aspectos positivos.
- Demandas frecuentes a médicos e instituciones sanitarias. Vivencia de ser mal atendido en los mismos.
- Riesgo de suicidio, o intentos del mismo.

2. Nutricional- Metabólico

La depresión induce a la pasividad, y se produce anorexia (que significa pérdida del apetito, no confundir con la patología de igual denominación), con pérdida de peso, desarreglos digestivos: aerofagia, digestiones lentas.

Parte de esta problemática se vincula a elementos de tipo perceptivo.

3. Eliminación.

Estreñimiento y otras alteraciones relacionadas con los desarreglos metabólicos y nutricionales

4. Sueño-descanso

Desequilibrios extremos y pérdida del ritmo basal propio: hipersomnia o insomnio.

La percepción de cansancio es mayor por la mañana, con tendencia a dormir fuera de horas para mitigar el cansancio, y se reduce a lo largo del día.

De noche se produce dificultad para dormir, que a veces consiste en una percepción de mala calidad del sueño nocturno, aunque objetivamente el paciente duerma.

5. Cognitivo- Perceptivo

Alteraciones psicomotoras.

Dificultades de lenguaje. Lenguaje provocador.

Lentitud de pensamiento.

Percepción distorsionada del entorno.

Dificultades para concentrarse y de memoria. Reducción del rendimiento intelectual.

Problemas de asertividad y dificultades para tomar decisiones.

Anhedonia franca.

Hipersensible a los estímulos externos.

6. Actividad-ejercicio

Pasividad.

Inhibición psicomotriz, junto con inquietud improductiva.

Falta permanente de energía para cualquier actividad.

No colabora en las actividades de autocuidado ni en las domésticas.

7. Percepción de si mismo-autoconcepto

Percepción pesimista y negativa de si mismo.

Sentimiento de minusvalía, de culpabilidad y de falta de utilidad.

Vacío vital.

8. Rol-relaciones

Abandono de las responsabilidades inherentes al estatus y a los roles sociales.

Aislamiento. Abandono de las amistades y/o distorsión en el sentido del concepto relacional, que promueve en bastantes ocasiones el alejamiento de los amigos y conocidos.

9. Afrontamiento-tolerancia al estrés

Inhibición ante el cambio.

Incapacidad para tolerar situaciones de alto nivel de estímulos.

Sentimientos de impotencia, inutilidad y frustración.

10. Sexualidad-reproducción

Pérdida del interés sexual.

Anhedonia.

Dificultades para experimentar relaciones sexuales completas (anorgasmia, impotencia, disfunción eréctil, etc.).

11. Valores-creencias

La alteración sobre el autoconcepto y la distorsión negativa sobre el entorno conducen a menudo a un manejo de la culpabilidad como valor básico de interpretación del entorno, que en personas religiosas es interpretado como castigo merecido por todo lo que se hace.

El paciente depresivo tiende rememorar el pasado en términos negativos y culpabilizantes, produciéndose un grado significativo de desesperanza.

Diagnósticos Enfermeros NANDA, Intervenciones Enfermeras NIC, Clasificación de Resultados NOC en Trastorno Bipolar

Una vez valorado el paciente se establecen los diagnósticos enfermeros, sus intervenciones y sus objetivos.

Cabe destacar que cada paciente es único, y que su valoración puede variar.

Este plan de cuidados es estandarizado de la patología tratada, lo que no significa que no falten diagnósticos por la variabilidad de las personas, si precisarán, se añadirían.

Hay patrones que no están alterados, pero si en una valoración, el evaluador creyera que si lo están, los debería de incluir para un correcto plan de cuidados.

Este plan sirve de ayuda y apoyo para los planes individualizados que se deben crear cuando el paciente llegue a la planta de Unidad de Media Estancia.

Los diagnósticos enfermeros están basados en el libro: NANDA, aparecen con el número que está identificado en el libro

Los objetivos enfermeros están basado en el libro: NOC. La escala para medir los indicadores tiene esta evaluación:

- 1 = Nunca demostrado
- 2 = Raramente demostrado
- 3 = A veces demostrado
- 4 = Frecuentemente demostrado
- 5 = Siempre demostrado

Con esta puntuación se verá si los objetivos que se realizan mejoran al paciente, le mantienen o perjudican.

Las intervenciones enfermeras están basadas en el libro: NIC. Cada intervención enfermera tendrá una serie de actividades.

-DIAGNOSTICOS ENFERMEROS NANDA ASOCIADOS A EPISODIOS MANIACOS

1. Patrón Percepción-Control de la Salud

-DX NANDA: 00078 MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO

Definición: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
1601 Conducta de cumplimiento	160102 Solicita la pauta prescrita	NIC 1: 5230. Aumentar el afrontamiento	Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones
	160103 Comunica seguir la pauta prescrita		Favorecer situaciones que favorezcan la autonomía del paciente
1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión	160906 Evita conductas que potencien su patología		Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados
1813 Conocimiento: régimen terapéutico	181302 Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual	NIC 2: 4360. Modificación de la conducta	Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables
	181316 Descripción de los beneficios del tto de la enfermedad		Identificar la conducta que hay que cambiarse en términos objetivos, concretos
1904 Control del riesgo: consumo de drogas	190407 Se compromete con estrategias de control del consumo de drogas		Establecer objetivos de conducta de forma escrita
	190408 Sigue las estrategias seleccionadas de control de consumo de drogas	NIC 3: 4410. Establecimiento de objetivos comunes	Ayudar al paciente a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse
1903 Control del riesgo: consumo de alcohol	190307 Se compromete con estrategias de control del consumo de alcohol		Ayudar al paciente a priorizar los objetivos identificados
	190308 Sigue las estrategias seleccionadas de control de consumo de alcohol	NIC 4: 5602. Enseñanza: proceso de enfermedad	Evaluar el nivel de conocimientos del paciente r/c el proceso de enfermedad
			Describir el proceso de enfermedad si procede
			Explorar recursos/apoyo posibles
		NIC 5: 4420 .Acuerdo con el paciente	Determinar con el paciente objetivos de los cuidados
			Explorar con el paciente las mejores formas de conseguir los objetivos
			Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para conseguir los objetivos
		NIC 6: 4480. Facilitar la autorresponsabilidad	Discutir con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual
			Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente
			Establecer límites sobre las conductas manipuladoras
		NIC 7: 6610. Identificación de riesgos	Planificar las actividades de disminución de riesgos con el paciente/familia

-DX NANDA: 00099 MANTENIMIENTO INEFECTIVO DE LA SALUD

Definición: Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
1603 Conducta de búsqueda de la salud	160304 Contacta con profesionales sanitarios cuando es necesario	NIC 1: 5440. Aumentar sistemas de apoyo	Implicar a la familia, amigos y seres queridos en los cuidados y en la planificación
	160306 Describe estrategias para eliminar la conducta insana		Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar
	160308 Realiza la conducta sanitaria prescrita cuando es necesario		Remitir a un grupo de autoayuda, si es oportuno
1805 Conocimiento: conducta sanitaria	180502 Descripción de los beneficios de la actividad y el ejercicio	NIC 2: 5510. Educación sanitaria	Identificar los factores internos y externos que pueden mejorar o disminuir la motivación de conductas sanitarias
	180503 Descripción de las técnicas efectivas de control del estrés		Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas de estilo de vida del individuo y familia
1602 Conducta de fomento de la salud	160201 Utiliza conductas para evitar los riesgos		Formular los objetivos del programa de educación sanitaria
	160205 Utiliza conductas efectivas de disminución de estrés	NIC 3: 5602. Enseñanza: proceso de enfermedad	Enseñar estrategias que puedan utilizarse para resistir conductas insalubres o que entrañen riesgos
	160207 Realiza los hábitos sanitarios correctamente		Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente r/c el proceso de su enfermedad
	160210 Utiliza el apoyo social para fomentar la salud		Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, signos y síntomas, si procede
		NIC 4: 6610 Identificación de riesgos	Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de la enfermedad
			Determinar los sistemas de apoyo comunitarios
			Determinar el nivel educativo
			Dar prioridad a las áreas de disminución de riesgos en colaboración con el paciente.
			Planificar actividades de disminución de riesgos, en colaboración con el paciente/familia
			Determinar los recursos institucionales y comunitarios para disminuir los factores de riesgo
		NIC 5: 4470. Ayuda en la modificación de sí mismo	Utilizar acuerdos con el paciente, si procede
			Valorar las razones del paciente para desear cambiar
			Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica
			Valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación al cambio deseado
			Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta

2. Patrón Nutricional-Metabólico

-DX NANDA: 00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO

Definición: Desequilibrio nutricional por defecto, relacionado con distraibilidad y sensación de no necesitar comer. Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
1612 Control de peso	161203 equilibrio entre ejercicio físico e ingesta calórica	NIC 1: 5246.Asesoramiento nutricional	Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y en el respeto
	161207 mantiene un patrón alimentario recomendado		Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente
	161221 alcanzar el peso óptimo		Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar
1006 Peso: masa corporal	100601 peso	NIC 2: 1240. Ayudar para ganar peso	Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos
	100604 tasa del perímetro cintura/cadera (mujer)		Pesar al paciente a los intervalos determinados, si procede
	1004 estado nutricional		Fomentar el aumento de ingesta de calorías
	100402 Ingestión alimentaria		Enseñar a aumentar la ingesta de calorías
	100405 Relación peso/talla		Proporcionar suplementos dietéticos, si procede
0602 Hidratación	060215 Ingesta adecuada de líquidos	NIC 3: 4680. Biblioterapia	Seleccionar los libros que reflejen la situación o sentimientos experimentados por el paciente
	060211 Diuresis		Leer en voz alta, si es necesario o factible
			Utilizar fotos e ilustraciones
		NIC 4: 5606.Enseñanza: individual (alimentación)	Fomentar la lectura y relectura
			Determinar las necesidades de enseñanza del paciente
			Registrar el contenido presentado, los materiales escritos proporcionados y la comprensión del paciente de la información o las conductas del paciente que indiquen aprendizaje en el registro médico permanente
		NIC 5: 1030. Manejo de los trastornos de la alimentación	Reforzar la conducta si se considera oportuno
			Hablar con el paciente y con el equipo para establecer un peso adecuado como objetivo
			Acordar una conducta con el paciente para provocar las conductas de ganancia o mantenimiento de peso deseado
		NIC 6: 4420. Acuerdo con el paciente	Restringir la disponibilidad de comidas, establecer comidas programadas
			Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar
			Disponer de un ambiente abierto, de aceptación, para la creación del acuerdo
			Facilitar la renegociación de los términos del acuerdo, si fuera necesario
		NIC 7: 5606. Enseñanza: individual (hidratación)	Observar si el individuo presenta signos de incongruencia que pueden indicar falta de compromiso para cumplir el contrato
			Reforzar la conducta si se considera oportuno
			Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes

-DX NANDA: 00003 RIESGO DE DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO

Definición: Riesgo de aporte de nutrientes que excede a las necesidades metabólicas.

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
1612 Control de peso	161203 Equilibrio entre ejercicio físico e ingesta calórica	NIC 1: 5246. Asesoramiento nutricional	Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente
	161207 Mantiene un patrón alimentario recomendado		Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar
	161222 Mantener el peso óptimo		Determinar el conocimiento por parte del paciente de los cuatro grupos alimenticios básicos, así como la percepción de la necesaria modificación de la dieta
1802 Conocimiento: dieta	180210 Selección de comidas recomendadas por la dieta	NIC 2: 5606. Enseñanza: individual (alimentación)	Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita/recomendada
	180211 Planificación de menús utilizando las directrices de la dieta		Reforzar la conducta si se considera oportuno
	180212 Desarrollo de estrategias para cambiar los hábitos alimentarios		Registrar el contenido presentado, los materiales escritos proporcionados y la comprensión del paciente
1009 Estado nutricional: ingestión de nutrientes	100901 Ingestión calórica	NIC 3: 4420. Acuerdo con el paciente	Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes
	100902 Ingestión proteica		Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar
	100903 Ingestión de grasas		Disponer de un ambiente abierto, de aceptación, para la creación del acuerdo
	100904 Ingestión de hidratos de carbono		Facilitar la renegociación de los términos del acuerdo, si fuera necesario
		NIC 4: 4680. Biblioterapia	Observar si el individuo presenta signos de incongruencia que pueden indicar falta de compromiso para cumplir el contrato
			Seleccionar los libros que reflejen la situación o sentimientos experimentados por el paciente
			Leer en voz alta, si es necesario o factible
			Utilizar fotos e ilustraciones
			Fomentar la lectura y relectura

-DX NANDA: 00102 DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS: ALIMENTACIÓN

Definición: Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de alimentación.

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
1004 Estado nutricional	100401 Ingestión de nutrientes	NIC 1: 1803. Ayuda en los autocuidados: alimentación	Identificar la dieta prescrita
	100402 Ingestión alimentaria		Animar al paciente a que coma en el comedor
	100408 Ingestión de líquidos		Proporcionar una paja de beber
0303 Autocuidados: comer	030301 Prepara la comida	NIC 2: 5606. Enseñanza: individual (alimentación)	Reforzar la conducta si se considera oportuno
	030314 Finaliza una comida		Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes
		NIC 3: 4420. Acuerdo con el paciente	Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar
			Disponer de un ambiente abierto, de aceptación, para la creación del acuerdo
			Facilitar la renegociación de los términos del acuerdo, si fuera necesario
		NIC 4: 4680. Biblioterapia	Seleccionar los libros que reflejen la situación o sentimientos experimentados por el paciente
			Leer en voz alta, si es necesario o factible
			Utilizar fotos e ilustraciones
			Fomentar la lectura y relectura

3. Eliminación.

-DX NANDA: 00011 ESTREÑIMIENTO

Definición: Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras y secas.

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
2301 Respuesta a la medicación	230106 Efectos adversos	NIC 1: 2380. Manejo de la medicación	Observar si se producen efectos adversos de la medicación
	230107 Intolerancia farmacológica		Observar si se producen interacciones no terapéuticas de la medicación
	230107 Interacción medicamentosa		Desarrollar estrategias para controlar los efectos secundarios de la medicación
0501 Eliminación intestinal	050101 Patrón de eliminación	NIC 2: 0450. Manejo del estreñimiento	Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento
	050112 Facilidad eliminación de heces		Evaluar la medicación para ver si hay efectos gastrointestinales secundarios
	050121 Eliminación fecal sin ayuda		Instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento
		NIC 3: 0440. Entrenamiento intestinal	Planificar un programa intestinal con el paciente/familia
			Instruir al paciente acerca de los alimentos ricos en fibra
			Asegurarse una ingesta adecuada de líquidos
			Asegurarse de que se realizan los ejercicios adecuados
			Dedicar para la defecación un tiempo coherente y sin interrupciones
		NIC 4: 1800. Ayuda al autocuidado	Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes
			Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene y arreglo personal, aseo y alimentarse
			Establecer una rutina de actividades de autocuidados

4. Actividad-ejercicio

-DX NANDA: 00109 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: Vestido/Acicalamiento

Definición: Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de vestido y arreglo personal.

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
1209 Motivación	120905 Autoinicia conductas dirigidas hacia los objetivos	NIC 1: 4420. Acuerdo con el paciente	Determinar con el paciente objetivos de los cuidados
	120915 Expresa intención de actuar		Explorar con el paciente las mejores formas de conseguir los objetivos
0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria	030002 Se viste		Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para conseguir los objetivos
	030005 Se peina	NIC 2: 5606 Enseñanza individual	Ayudar al paciente a establecer límites de tiempo realistas
	030006 Higiene		Determinar la necesidad de enseñanza del paciente, valorando el nivel actual de conocimientos y comprensión del mismo
	030007 Higiene bucal		Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente
	0313 Nivel de autocuidado		Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas
	031305 Mantiene higiene personal		Instruir al paciente cuando corresponda
0001 Resistencia	00011 Realización de la rutina habitual	NIC 3: 4410. Establecimiento de objetivos comunes	Ayudar al paciente a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse
			Ayudar al paciente a priorizar los objetivos identificados
			Ayudar al paciente a desarrollar un plan que cumpla con los objetivos
		NIC 4: 1802. Ayuda al autocuidado: vestido/arreglo personal	Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar
			Estar disponible para ayudar a vestir al paciente si es preciso
			Mantener la intimidad mientras que el paciente se viste
		NIC 5: 1804. Ayuda al autocuidado: aseo	Reafirmar los esfuerzos por vestirse él mismo
			Ayudar el paciente en el aseo/cuña/orinal, si es preciso
			Disponer de intimidad durante la eliminación
			Instaurar un programa de aseo si procede
			Enseñar al paciente o a cuidadores las rutinas del aseo

5. Sueño-descanso

-DX NANDA: 00095 INSOMNIO

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

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
0003 Descanso	000301 Tiempo de descanso	NIC 1: 2300. Administración de la medicación	Vigilar al paciente para determinar la necesidad de medicamentos según necesidades, si procede
	000303 Calidad del descanso		Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente
	000306 Consumo de fármacos psicotrópicos		Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados
1402 Autocontrol de la ansiedad	140205 Plantea estrategias para superar situaciones estresantes	NIC 2: 6480. Manejo ambiental	Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles
	140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad		Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente
	1402017 Controla la respuesta de ansiedad		Planificar una reafirmación regular del uso de la relajación, como alabar los esfuerzos y reconocer los resultados positivos conseguidos
		NIC 3: 6040. Terapia de relajación simple	Proporcionar una cama y un entorno limpio y cómodo
			Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, excesos de calefacción o frío
			Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible

6. Cognitivo- Perceptivo

-DX NANDA: 00130 TRASTORNOS DE LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO

Definición: Trastorno de las operaciones y actividades cognitivas.

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado	140301 Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes.	NIC 1: 6510. Manejo de las alucinaciones	Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente
	140303 No responde a las alucinaciones o ideas delirantes.		Registrar las conductas del paciente que indiquen alucinaciones
	140306 Refiere disminución de alucinaciones o ideas delirantes.		Implicar al paciente en actividades basadas en la realidad que puedan distraerle de las alucinaciones (escuchar música)
	140313 Expone un contenido del pensamiento apropiado		Evitar discutir con el paciente sobre la validez de las alucinaciones
0901 Orientación cognitiva	090101 Se autoidentifica	NIC 2: 6440. Manejo del delirio	Poner en marcha terapias para reducir o eliminar los factores causantes del delirio
	090103 Identifica el lugar donde está		Reconocer verbalmente los miedos y sentimientos del paciente
	090102 Identifica a los seres queridos		Proporcionar un ambiente físico y una rutina diaria coherentes
	090109 Identifica eventos actuales significativos		
0905 Concentración	090501 Se mantiene atento	NIC 3: 5820. Disminución de la ansiedad	Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad
	090502 Se mantiene centrado sin distraerse		Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico
	090503 Responde adecuadamente a las señales visuales		Permanecer con el paciente para disminuir la ansiedad y reducir el miedo
	090504 Responde adecuadamente a las señales auditivas		Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipiten la ansiedad
		NIC 4: 4820. Orientación de la realidad	Crear un ambiente que facilite la confianza
			Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempo
			Permitir el acceso a sucesos de noticias actuales
			Involucrar al paciente en actividades concretas "aquí y ahora"
		NIC 5: 4720. Estimulación cognoscitiva	Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción
			Realizar un acercamiento calmado y sin prisas al interactuar con el paciente
			Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas
			Hablar con el paciente
		NIC 6: 4352. Manejo de la conducta: hiperactividad/ falta de atención	Disponer una estimulación sensorial planificada
			Utilizar el contacto de manera terapéutica
			Utilizar un enfoque sereno, concreto, que dé seguridad
			Alabar los comportamientos deseados y los esfuerzos de autocontrol
			Instruir en las habilidades para solucionar problemas
			Fomentar la expresión de sentimientos de una manera adecuada
			Establecer límites en conductas intrusivas, interruptoras

-DX NANDA: 00051 DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL

Definición: Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos.

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
0902 Comunicación	090201 Utiliza el lenguaje escrito	NIC 1: 4920. Escucha activa	Mostrar interés en el paciente
	090202 Utiliza el lenguaje verbal		Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar sentimientos y preocupaciones
	090208 Intercambia mensajes con los demás		Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones
	090207 Interpretación exacta de los mensajes recibidos		Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como el contenido de la conversación
0907 Elaboración de la información	090703 Verbaliza un mensaje coherente.	NIC 2: 4340. Entrenamiento de la asertividad	Ayudar al paciente a que reconozca y reduzca las distorsiones cognitivas que bloquean la afirmación
	090704 Muestra procesos del pensamiento organizados		Ayudar a identificar los derechos personales, responsabilidades y normas en conflicto
	090705 Muestra procesos del pensamiento lógicos		Instruir al paciente en las distintas formas de actuar afirmativamente
	090706 Explica la similitud y las diferencias entre dos aspectos		Facilitar la oportunidad de practicar mediante la discusión, modelación y juego de roles
		NIC 3: 4976. Mejorar la comunicación: déficit del habla	Dar una orden simple cada vez, si es el caso
			Escuchar con atención
			Utilizar palabras simples y frases cortas, si procede
			Abstenerse de bajar la voz al final de la frase
		NIC 4: 5520. Facilitar el aprendizaje	Proporcionar refuerzo y valoración positiva, si procede
			Usar palabras sencillas y formar frases cortas
			Permanecer frente al paciente al hablarle
			Mantener el tono de voz adecuado
		NIC 5: 4720. Estimulación cognoscitiva	Reforzar la comunicación verbal con la no verbal
			Informar al paciente sobre noticias de sucesos recientes que no supongan trastornos
			Presentar los cambios de manera gradual
			Estimular la memoria repitiendo los últimos pensamientos expresados por el paciente
		NIC 6: 4760. Entrenamiento de la memoria	Orientar con respecto al tiempo, lugar y persona
			Reforzar o repetir la información
			Presentar la información en dosis pequeñas
			Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente, si procede
			Recordar experiencias pasadas con el paciente, si procede
			Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, lemas mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria

7. Percepción de si mismo- autoconcepto

Patrón no alterado

8. Rol-relaciones

-DX NANDA: 00055 DESEMPEÑO INEFECTIVO DEL ROL

Definición: Los patrones de conducta y expresiones de la persona no concuerdan con las expectativas, normas y contexto en que se encuentra.

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
1501 Ejecución del rol	150112 Comodidad referida con la expectativa del rol	NIC 1: 5250. Apoyo en la autoestima	Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y soluciones
	150101 Capacidad para cumplir las expectativas de rol		Ayudar al paciente a identificar las ventajas y desventajas de cada alternativa
	150111 Estrategia referida para el cambio de rol		Facilitar la toma de decisiones en colaboración
1302 Afrontamiento de problemas.	130201 Identifica patrones de superación eficaces	NIC 2: 5230. Aumentar el afrontamiento	Alentar al paciente a encontrar una descripción realista del cambio de papel
	130205 Verbaliza aceptación de la situación		Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación
	130207 Modifica el estilo de vida cuando se requiere		Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación

-DX NANDA: 00053 AISLAMIENTO SOCIAL

Definición: Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazante e impuesta por otros.

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
2002 Bienestar personal	200201 Satisfacción con realización de las avd	NIC 1:5270. Apoyo emocional	Comentar la experiencia emocional con el paciente
	200203 Satisfacción en interacción social		Realizar afirmaciones enfáticas o de apoyo
	200209 Satisfacción con nivel de felicidad		Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias
1502 Habilidades en interacción social	150212 Relaciones con los demás	NIC 2:5440 Aumentar los sistemas de apoyo	Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias
	150202 Receptividad		Fomentar las relaciones con personas que tengan los mismos intereses y metas
	150205 Uso de asertividad si procede		Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar

-DX NANDA: 00138 RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS

Definición: Riesgo de conductas en que la persona demuestre que puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para otros.

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
1401 Autocontrol de la agresión	140412 Identifica situaciones que desencadenan hostilidad	NIC 1: 4640. Ayuda para el control del enfado	Determinar las expectativas de comportamiento adecuadas para la expresión del enfado dado el nivel de funcionamiento cognitivo y físico del paciente
	140104 Se abstiene de dañar a los demás		Limitar el acceso a situaciones estresantes hasta que el paciente sea capaz de expresar el enfado de una manera adaptada a las circunstancias
	140118 Autocontrola conductas agresivas		Evitar daños físicos si el enfado se dirige a uno mismo o a otros
1405 Autocontrol de los impulsos	140501 Identifica conductas impulsivas perjudiciales	NIC 2: 6160. Intervención en caso de crisis	Identificar con el paciente los beneficios de la manifestación de enfado de una forma no violenta, que se adapte a las circunstancias
	140506 Evita ambientes y situaciones de alto riesgo		Ayudar en la identificación de factores desencadenantes y dinámica de la crisis
	140510 Acepta ser remitido para tratamiento		Ayudar en la identificación de sistemas de apoyo disponibles
1400 Autocontrol de la conducta abusiva	140001 Evita una conducta abusiva físicamente	NIC 3: 2300. Administración de medicación	Ayudar en la identificación de actuaciones alternativas para resolver la crisis
	140002 Evita una conducta abusiva emocionalmente		Vigilar al paciente para determinar la necesidad de medicamentos según necesidades, si procede
	140003 Evita una conducta abusiva sexualmente		Hacer que el paciente se sienta responsable de su comportamiento
1210 Nivel de miedo	121006 Irritabilidad	NIC 4: 4350. Manejo de la conducta	Comunicar la esperanza de que el paciente mantendrá el control
	121007 Explosiones de ira		Medicar, si es necesario
	121012 Percepción de inadecuación en las relaciones interpersonales		Redirigir la atención alejándola de las fuentes de agitación
			Alabar los esfuerzos de autocontrol
		NIC 5: 4370. Entrenamiento para controlar los impulsos	Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción meditada
			Enseñar al paciente a "detenerse y pensar" antes de comportarse impulsivamente
			Ayudar al paciente a identificar los cursos de acción posible y sus costes/beneficios
		NIC 6: 6400. Apoyo en la protección contra abusos	Proporcionar una respuesta positiva (alabar y recompensar) para obtener resultados exitosos
			Determinar el nivel de aislamiento social en la situación familiar
			Determinar si la familia necesita ayuda periódica en sus responsabilidades de cuidado
		NIC 7: 6487. Manejo ambiental: prevención de la violencia	Eliminar las armas potenciales del ambiente
			Retirar a las demás personas próximas al paciente violento o potencialmente violento
			Controlar de forma rutinaria el ambiente para mantenerlo libre de peligros
		NIC 8: 5380. Potenciación de la seguridad	Escuchar los miedos del paciente/familia
			Ayudar al paciente/familia a identificar los factores que aumentan el sentido de seguridad
			Ayudar al paciente a utilizar las respuestas de capacidad de resolución de problemas que han resultado con éxito en el pasado
		NIC 9: 7140. Apoyo a la familia	Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente
			Favorecer una relación de confianza con la familia
			Asesorar a los miembros de la familia sobre técnicas eficaces adicionales para su propio uso de resolución de problemas
			Remitir a terapia familiar si está indicado

9. Sexualidad-reproducción

Patrón no alterado

10. Afrontamiento-tolerancia al estrés

Patrón no alterado

11. Valores-creencias

Patrón no alterado

-DIAGNOSTICOS ENFERMEROS NANDA ASOCIADOS A EPISODIOS DEPRESIVOS

1. Patrón Percepción-Control de la Salud

-DX NANDA: 00078 MANEJO INEFECTIVO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO

Definición: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resulta insatisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
1601 Conducta de cumplimiento	160102 Solicita la pauta prescrita	NIC 1: 5230. Aumentar el afrontamiento	Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones
	160103 Comunica seguir la pauta prescrita		favorezcan la autonomía del paciente
1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión	160906 Evita conductas que potencien su patología		Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados
1813 Conocimiento: régimen terapéutico	181302 Descripción de las responsabilidades de los propios cuidados para el tratamiento actual	NIC 2: 4360. Modificación de la conducta	Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables
	181316 Descripción de los beneficios del tto de la enfermedad		Identificar la conducta que hay que cambiarse en términos objetivos, concretos
1904 Control del riesgo: consumo de drogas	190407 Se compromete con estrategias de control del consumo de drogas	NIC 3: 4410. Establecimiento de objetivos comunes	Establecer objetivos de conducta de forma escrita
	190408 Sigue las estrategias seleccionadas de control de consumo de drogas		Ayudar al paciente a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse
1903 Control del riesgo: consumo de alcohol	190307 Se compromete con estrategias de control del consumo de alcohol	NIC 4: 5602. Enseñanza: proceso de enfermedad	Ayudar al paciente a priorizar los objetivos identificados
	190308 Sigue las estrategias seleccionadas de control de consumo de alcohol		Evaluar el nivel de conocimientos del paciente r/c el proceso de enfermedad
			Describir el proceso de enfermedad si procede
			Explorar recursos/apoyo posibles
		NIC 5: 4420 .Acuerdo con el paciente	Determinar con el paciente objetivos de los cuidados
			mejores formas de conseguir los objetivos
			Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para conseguir los objetivos
		NIC 6: 4480. Facilitar la autorresponsabilidad	Discutir con el paciente el grado de responsabilidad del estado de salud actual
			Observar el nivel de responsabilidad que asume el paciente
			Establecer límites sobre las conductas manipuladoras
		NIC 7: 6610. Identificación de riesgos	Planificar las actividades de disminución de riesgos con el paciente/familia

-DX NANDA: 00099 MANTENIMIENTO INEFECTIVO DE LA SALUD

Definición: Incapacidad para identificar, manejar o buscar ayuda para mantener la salud.

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
1603 Conducta de búsqueda de la salud	160304 Contacta con profesionales sanitarios cuando es necesario	NIC 1: 5440. Aumentar sistemas de apoyo	Implicar a la familia, amigos y seres queridos en los cuidados y en la planificación
	160306 Describe estrategias para eliminar la conducta insana		Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar
	160308 Realiza la conducta sanitaria prescrita cuando es necesario		Remitir a un grupo de autoayuda, si es oportuno
1805 Conocimiento: conducta sanitaria	180502 Descripción de los beneficios de la actividad y el ejercicio	NIC 2: 5510. Educación sanitaria	Identificar los factores internos y externos que pueden mejorar o disminuir la motivación de conductas sanitarias
	180503 Descripción de las técnicas efectivas de control del estrés		Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas de estilo de vida del individuo y familia
1602 Conducta de fomento de la salud	160201 Utiliza conductas para evitar los riesgos		Formular los objetivos del programa de educación sanitaria
	160205 Utiliza conductas efectivas de disminución de estrés	NIC 3: 5602. Enseñanza: proceso de enfermedad	Enseñar estrategias que puedan utilizarse para resistir conductas insalubres o que entrañen riesgos
	160207 Realiza los hábitos sanitarios correctamente		Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente r/c el proceso de su enfermedad
	160210 Utiliza el apoyo social para fomentar la salud		Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad, signos y síntomas, si procede
		NIC 4: 6610 Identificación de riesgos	Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de la enfermedad
			Determinar los sistemas de apoyo comunitarios
			Determinar el nivel educativo
			Dar prioridad a las áreas de disminución de riesgos en colaboración con el paciente.
			Planificar actividades de disminución de riesgos, en colaboración con el paciente/familia
		NIC 5: 4470. Ayuda en la modificación de sí mismo	Determinar los recursos institucionales y comunitarios para disminuir los factores de riesgo
			Utilizar acuerdos con el paciente, si procede
			Valorar las razones del paciente para desear cambiar
			Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica
			Valorar el nivel de conocimiento y habilidad actual del paciente en relación al cambio deseado
			Identificar con el paciente las estrategias más efectivas para el cambio de conducta

2. Patrón Nutricional-Metabólico

-DX NANDA: 00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO

Definición: Desequilibrio nutricional por defecto, relacionado con distraibilidad y sensación de no necesitar comer. Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
1612 Control de peso	161203 equilibrio entre ejercicio físico e ingesta calórica	NIC 1: 5246.Asesoramiento nutricional	Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y en el respeto
	161207 mantiene un patrón alimentario recomendado		Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente
	161221 alcanzar el peso óptimo		Facilitar la identificación de las conductas alimentarias que se desean cambiar
1006 Peso: masa corporal	100601 peso	NIC 2: 1240. Ayudar para ganar peso	Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos
	100604 tasa del perímetro cintura/cadera (mujer)		Pesar al paciente a los intervalos determinados, si procede
	1004 estado nutricional		Fomentar el aumento de ingesta de calorías
	100402 Ingestión alimentaria		Enseñar a aumentar la ingesta de calorías
	100405 Relación peso/talla		Proporcionar suplementos dietéticos, si procede
0602 Hidratación	060215 Ingesta adecuada de líquidos	NIC 3: 4680. Biblioterapia	Seleccionar los libros que reflejen la situación o sentimientos experimentados por el paciente
	060211 Diuresis		Leer en voz alta, si es necesario o factible
			Utilizar fotos e ilustraciones
		NIC 4: 5606.Enseñanza: individual (alimentación)	Fomentar la lectura y relectura
			Determinar las necesidades de enseñanza del paciente
			Registrar el contenido presentado, los materiales escritos proporcionados y la comprensión del paciente de la información o las conductas del paciente que indiquen aprendizaje en el registro médico permanente
		NIC 5: 1030. Manejo de los trastornos de la alimentación	Reforzar la conducta si se considera oportuno
			Hablar con el paciente y con el equipo para establecer un peso adecuado como objetivo
			Acordar una conducta con el paciente para provocar las conductas de ganancia o mantenimiento de peso deseado
		NIC 6: 4420. Acuerdo con el paciente	Restringir la disponibilidad de comidas, establecer comidas programadas
			Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar
			Disponer de un ambiente abierto, de aceptación, para la creación del acuerdo
			Facilitar la renegociación de los términos del acuerdo, si fuera necesario
		NIC 7: 5606. Enseñanza: individual (hidratación)	Observar si el individuo presenta signos de incongruencia que pueden indicar falta de compromiso para cumplir el contrato
			Reforzar la conducta si se considera oportuno
			Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes

3. Eliminación.

-DX NANDA: 00011 ESTREÑIMIENTO

Definición: Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras y secas.

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
2301 Respuesta a la medicación	230106 Efectos adversos	NIC 1: 2380. Manejo de la medicación	Observar si se producen efectos adversos de la medicación
	230107 Intolerancia farmacológica		Observar si se producen interacciones no terapéuticas de la medicación
	230107 Interacción medicamentosa		Desarrollar estrategias para controlar los efectos secundarios de la medicación
0501 Eliminación intestinal	050101 Patrón de eliminación	NIC 2: 0450. Manejo del estreñimiento	Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento
	050112 Facilidad eliminación de heces		Evaluar la medicación para ver si hay efectos gastrointestinales secundarios
	050121 Eliminación fecal sin ayuda		Instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento
		NIC 3: 0440. Entrenamiento intestinal	Planificar un programa intestinal con el paciente/familia
			Instruir al paciente acerca de los alimentos ricos en fibra
			Asegurarse una ingesta adecuada de líquidos
			Asegurarse de que se realizan los ejercicios adecuados
		NIC 4: 1800. Ayuda al autocuidado	Dedicar para la defecación un tiempo coherente y sin interrupciones
			Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes
			Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene y arreglo personal, aseo y alimentarse
			Establecer una rutina de actividades de autocuidados

4 .Actividad-ejercicio

-DX NANDA: 00168 SEDENTARISMO

Definición: Informes sobre hábitos de vida que se caracterizan por un bajo nivel de actividad física.

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
0306 Autocuidados: actividades instrumentales de la vida diaria (aivd)	030609 Realiza las tareas del hogar	NIC 2: 1800. Ayuda al autocuidado	Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes
	030603 Compra las cosas necesarias para la casa		Animar al paciente a realizar dichas actividades por si mismo dentro de su capacidad, ayudando a que acepte su nivel de dependencia si en su caso fuera necesario
	030604 Prepara las comidas		Establecer una rutina de actividades de autocuidados
2004 Forma física	200405 Ejercicio físico habitual	NIC 3: 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito	Enseñar a los padres/cuidadores principales a fomentar la independencia, interviniendo solamente cuando este no pueda realizar la actividad propuesta
	200404 Participación actividades físicas		Evaluar el nivel actual de ejercicio del paciente
	200409 Índice de masa corporal		Informar del propósito y los beneficios de la actividad/ ejercicio
	200410 Relación cintura-cadera		Informar al paciente acerca de las actividades/ejercicios adecuados en función del estado físico
		NIC 4: 0200 Fomento del ejercicio	Instruir al paciente para avanzar de forma segura en la actividad/ejercicio
			Advertir al paciente de lo peligroso de sobrestimar sus posibilidades
			Determinar la motivación del individuo para empezar/ continuar con el programa de ejercicios
			Ayudar al individuo a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal
			Reforzar el programa para potenciar la motivación del paciente
			Proporcionar una respuesta positiva a sus esfuerzos

-DX NANDA: 00109 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: Vestido/Acicalamiento

Definición: Deterioro de la capacidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de vestido y arreglo personal.

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
1209 Motivación	120905 Autoinicia conductas dirigidas hacia los objetivos	NIC 1: 4420. Acuerdo con el paciente	Determinar con el paciente objetivos de los cuidados
	120915 Expresa intención de actuar		Explorar con el paciente las mejores formas de conseguir los objetivos
0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria	030002 Se viste		Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para conseguir los objetivos
	030005 Se peina	NIC 2: 5606 Enseñanza individual	Ayudar al paciente a establecer límites de tiempo realistas
	030006 Higiene		Determinar la necesidad de enseñanza del paciente, valorando el nivel actual de conocimientos y comprensión del mismo
	030007 Higiene bucal		Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente
	0313 Nivel de autocuidado		Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas
	031305 Mantiene higiene personal		Instruir al paciente cuando corresponda
0001 Resistencia	00011 Realización de la rutina habitual	NIC 3: 4410. Establecimiento de objetivos comunes	Ayudar al paciente a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse
			Ayudar al paciente a priorizar los objetivos identificados
			Ayudar al paciente a desarrollar un plan que cumpla con los objetivos
		NIC 4: 1802. Ayuda al autocuidado: vestido/arreglo personal	Informar al paciente de la vestimenta disponible que puede seleccionar
			Estar disponible para ayudar a vestir al paciente si es preciso
			Mantener la intimidad mientras que el paciente se viste
		NIC 5: 1804. Ayuda al autocuidado: aseo	Reafirmar los esfuerzos por vestirse él mismo
			Ayudar el paciente en el aseo/cuña/orinal, si es preciso
			Disponer de intimidad durante la eliminación
			Instaurar un programa de aseo si procede
			Enseñar al paciente o a cuidadores las rutinas del aseo

-DX NANDA: 00108 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: Baño/Higiene

Definición: Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de baño/higiene.

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
1209 Motivación	120905 Autoinicia conductas dirigidas hacia los objetivos	NIC 1: 4420. Acuerdo con el paciente	Determinar con el paciente objetivos de los cuidados
	120915 Expresa intención de actuar		Explorar con el paciente las mejores formas de conseguir los objetivos
0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria	030005 Se peina		Ayudar al paciente a examinar los recursos disponibles para conseguir los objetivos
	030006 Higiene	NIC 2: 5606. Enseñanza individual	Ayudar al paciente a establecer límites de tiempo realistas
	030007 Higiene bucal		Determinar la necesidad de enseñanza del paciente, valorando el nivel actual de conocimientos y comprensión del mismo
0313 Nivel de autocuidado	031305 Mantiene higiene personal		Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con el paciente
0001 Resistencia	000111 Realización de la rutina habitual	NIC 3: 4410. Establecimiento de objetivos comunes	Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas
			Instruir al paciente cuando corresponda
			Ayudar al paciente a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse
		NIC 4: 1801. Ayuda al autocuidado: baño/higiene	Ayudar al paciente a priorizar los objetivos identificados
			Ayudar al paciente a desarrollar un plan que cumpla con los objetivos
			Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes
		NIC 5: 1804. Ayuda al autocuidado: aseo	Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados
			Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia
			Establecer una rutina de actividades de autocuidados
		NIC 5: 1804. Ayuda al autocuidado: aseo	Enseñar a los familiares a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar por sí solo la actividad
			Facilitar que el paciente se bañe el mismo, si procede
			Ayudar el paciente en el aseo/cuña/orinal, si es preciso
		NIC 5: 1804. Ayuda al autocuidado: aseo	Disponer de intimidad durante la eliminación
			Instaurar un programa de aseo si procede
			Enseñar al paciente o a cuidadores las rutinas del aseo
		NIC 5: 1804. Ayuda al autocuidado: aseo	Proporcionar dispositivos de ayuda si procede

-DX NANDA: 00092 INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD

Definición: Insuficiente energía fisiológica o psicológica para tolerar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
0306 Autocuidados: actividades instrumentales de la vida diaria (aidv)	030609 Realiza las tareas del hogar	NIC 1: Ayuda con los autocuidados: aivd	Determinar las necesidades del individuo con las actividades instrumentales de la vida diaria (realizar la compra, cocinar, dirigir la casa, lavar la ropa, utilizar transporte público, manejar dinero, manejar medicamentos, comunicarse y administrar el tiempo)
	030603 Compra las cosas necesarias de casa		Proporcionar técnicas que fomenten las capacidades cognitivas (calendarios actuales, horarios de toma de la medicación y de planificación de actividades, etc)
	030612 Controla el dinero		Remitir a servicios familiares/comunitarios, si es necesario
	030617 Controla las medicaciones	NIC 2: Ayuda al autocuidado	Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes
2004 Forma física	200404 Participación actividades físicas		Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad
	200405 Ejercicio físico habitual		Alentar la independencia, enseñando a los padres/familia a intervenir solamente cuando el paciente no pueda solo
	200410 Relación cintura-cadera		Establecer una rutina de actividades de autocuidados
		NIC 3: 5612. Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito	Evaluar el nivel actual de ejercicio del paciente y conocimiento de la actividad y/o ejercicio prescrito
			Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio prescritos
			Ayudar al paciente a incorporar la actividad/ejercicio en la rutina diaria/estilo de vida alternando correctamente los periodos de descanso y actividad
		NIC 4: 0200. Fomento del ejercicio	Determinar la motivación del individuo para empezar/continuar con el programa de ejercicios
			Informar al individuo sobre los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio
			Reforzar el programa para potenciar la motivación del paciente
			Proporcionar una respuesta positiva a sus esfuerzos

5. Sueño-descanso

-DX NANDA: 00095 INSOMNIO

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

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
0003 Descanso	000301 Tiempo de descanso	NIC 1: 2300. Administración de la medicación	Vigilar al paciente para determinar la necesidad de medicamentos según necesidades, si procede
	000303 Calidad del descanso		Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente
	000306 Consumo de fármacos psicotrópicos		Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados
1402 Autocontrol de la ansiedad	140205 Plantea estrategias para superar situaciones estresantes	NIC 2: 6480. Manejo ambiental	Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles
	140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad		Mostrar y practicar la técnica de relajación con el paciente
	1402017 Controla la respuesta de ansiedad		Planificar una reafirmación regular del uso de la relajación, como alabar los esfuerzos y reconocer los resultados positivos conseguidos
		NIC 3: 6040. Terapia de relajación simple	Proporcionar una cama y un entorno limpio y cómodo
			Evitar las exposiciones innecesarias, corrientes, excesos de calefacción o frío
			Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, cuando sea posible

6. Cognitivo- Perceptivo

-DX NANDA: 00130 TRASTORNOS DE LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO

Definición: Trastorno de las operaciones y actividades cognitivas.

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado	140301 Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes.	NIC 1: 6510. Manejo de las alucinaciones	Establecer una relación interpersonal de confianza con el paciente
	140303 No responde a las alucinaciones o ideas delirantes.		Registrar las conductas del paciente que indiquen alucinaciones
	140306 Refiere disminución de alucinaciones o ideas delirantes.		Implicar al paciente en actividades basadas en la realidad que puedan distraerle de las alucinaciones (escuchar música)
	140313 Expone un contenido del pensamiento apropiado		Evitar discutir con el paciente sobre la validez de las alucinaciones
0901 Orientación cognitiva	090101 Se autoidentifica	NIC 2: 6440. Manejo del delirio	Poner en marcha terapias para reducir o eliminar los factores causantes del delirio
	090103 Identifica el lugar donde está		Reconocer verbalmente los miedos y sentimientos del paciente
	090102 Identifica a los seres queridos		Proporcionar un ambiente físico y una rutina diaria coherentes
	090109 Identifica eventos actuales significativos		
0905 Concentración	090501 Se mantiene atento	NIC 3: 5820. Disminución de la ansiedad	Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad
	090502 Se mantiene centrado sin distraerse		Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico
	090503 Responde adecuadamente a las señales visuales		Permanecer con el paciente para disminuir la ansiedad y reducir el miedo
	090504 Responde adecuadamente a las señales auditivas		Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipiten la ansiedad
		NIC 4: 4820. Orientación de la realidad	Crear un ambiente que facilite la confianza
			Informar al paciente acerca de personas, lugares y tiempo
			Permitir el acceso a sucesos de noticias actuales
			Involucrar al paciente en actividades concretas "aquí y ahora"
		NIC 5: 4720. Estimulación cognoscitiva	Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción
			Realizar un acercamiento calmado y sin prisas al interactuar con el paciente
			Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas
			Hablar con el paciente
		NIC 6: 4352. Manejo de la conducta: hiperactividad/ falta de atención	Disponer una estimulación sensorial planificada
			Utilizar el contacto de manera terapéutica
			Utilizar un enfoque sereno, concreto, que dé seguridad
			Alabar los comportamientos deseados y los esfuerzos de autocontrol
			Instruir en las habilidades para solucionar problemas
			Fomentar la expresión de sentimientos de una manera adecuada
			Establecer límites en conductas intrusivas, interruptoras

-DX NANDA: 00051 DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL

Definición: Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos.

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
0902 Comunicación	090201 Utiliza el lenguaje escrito	NIC 1: 4920. Escucha activa	Mostrar interés en el paciente
	090202 Utiliza el lenguaje verbal		Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar sentimientos y preocupaciones
	090208 Intercambia mensajes con los demás		Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones
	090207 Interpretación exacta de los mensajes recibidos		Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como el contenido de la conversación
0907 Elaboración de la información	090703 Verbaliza un mensaje coherente.	NIC 2: 4340. Entrenamiento de la asertividad	Ayudar al paciente a que reconozca y reduzca las distorsiones cognitivas que bloquean la afirmación
	090704 Muestra procesos del pensamiento organizados		Ayudar a identificar los derechos personales, responsabilidades y normas en conflicto
	090705 Muestra procesos del pensamiento lógicos		Instruir al paciente en las distintas formas de actuar afirmativamente
	090706 Explica la similitud y las diferencias entre dos aspectos		Facilitar la oportunidad de practicar mediante la discusión, modelación y juego de roles
		NIC 3: 4976. Mejorar la comunicación: déficit del habla	Dar una orden simple cada vez, si es el caso
			Escuchar con atención
			Utilizar palabras simples y frases cortas, si procede
			Abstenerse de bajar la voz al final de la frase
		NIC 4: 5520. Facilitar el aprendizaje	Proporcionar refuerzo y valoración positiva, si procede
			Usar palabras sencillas y formar frases cortas
			Permanecer frente al paciente al hablarle
			Mantener el tono de voz adecuado
		NIC 5: 4720. Estimulación cognoscitiva	Reforzar la comunicación verbal con la no verbal
			Informar al paciente sobre noticias de sucesos recientes que no supongan trastornos
			Presentar los cambios de manera gradual
			Estimular la memoria repitiendo los últimos pensamientos expresados por el paciente
		NIC 6: 4760. Entrenamiento de la memoria	Orientar con respecto al tiempo, lugar y persona
			Reforzar o repetir la información
			Presentar la información en dosis pequeñas
			Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente, si procede
		NIC 6: 4760. Entrenamiento de la memoria	Recordar experiencias pasadas con el paciente, si procede
			Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, lemas mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria

7. Percepción de sí mismo- autoconcepto

-DX NANDA: 00124 DESESPERANZA

Definición: Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho.

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
1201 Esperanza	120101 Expresión de una orientación futura positiva	NIC 1: 5310. Dar esperanza	Implicar al paciente activamente en sus propios cuidados
	120102 Expresión de confianza		Explicar a la familia los aspectos positivos de la esperanza (desarrollar temas de conversación que tengan sentido y que reflejen el amor y la necesidad del paciente)
	120104 Expresión de razones para vivir		Ayudar al paciente/familia a identificar las áreas de esperanza en la vida
1206 Deseo de vivir	120601 Expresión de determinación de vivir	NIC 2: 5270. Apoyo emocional	Proporcionar al paciente/familia la oportunidad de implicarse en grupos de apoyo
	120613 Utiliza tratamientos para prolongar la vida		Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza
	120609 Utiliza estrategias para mejorar su salud		Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias
	120615 Pensamientos suicidas		Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional
1204 Equilibrio emocional	120401 Muestra un afecto apropiado	NIC 3: 5440. Aumentar los sistemas de apoyo	Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones
	120415 Muestra interés por lo que le rodea		Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad
	120418 Refiere capacidad para realizar las tareas diarias		Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes
		NIC 4: 6340. Prevención del suicidio	Determinar el grado de apoyo familiar
			Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias
			Remitir a un grupo de autoayuda si se considera oportuno
		NIC 5: 5340. Presencia	Proporcionar los servicios con una actitud de aprecio y apoyo
			Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio
			Considerar la hospitalización del paciente si tiene un alto riesgo de conducta suicida
		NIC 6: 5330. Control del humor	Tratar y controlar la enfermedad psiquiátrica o los síntomas que pueden poner al paciente en riesgo de suicidio (alteraciones del humor, alucinaciones, pánico)
			Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para transmitirle atención y franqueza, y para dar oportunidad al paciente para hablar de sus sentimientos
			Animar al paciente a buscar a los cuidadores para hablar, cuando se produzca el deseo de autolesión
		NIC 7: 5240. Asesoramiento	Escuchar las preocupaciones del paciente
			Estar físicamente disponible como elemento de ayuda
			Permanecer con el paciente y transmitirle sentimientos de seguridad y confianza durante los períodos de ansiedad
		NIC 8: 5340. Presencia	Determinar si el paciente presenta riesgos para la seguridad de sí mismo y de los demás
			Remitir al paciente para la evaluación y/o tratamiento de cualquier enfermedad subyacente que puede contribuir a un humor alterado (alteraciones tiroideas, etc)
			Controlar y regular el nivel de actividad y estimulación del ambiente de acuerdo con las necesidades del paciente
		NIC 9: 5340. Presencia	Vigilar y fomentar el cumplimiento de la medicación por parte del paciente
			Informar sobre la enfermedad al paciente/seres queridos, si el humor disfuncional tiene una base de enfermedad (depresión, manía y síndrome premenstrual)
			Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto
		NIC 10: 5340. Presencia	Proporcionar información objetiva según sea necesario y si procede
			Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados
			Desaconsejar la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un estrés severo

-DX NANDA: 00140 RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA

Definición: Riesgo de conductas que indiquen que una persona puede ser física, emocional o sexualmente lesiva para sí misma.

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
1902 Control del riesgo	190201 Reconoce factores de riesgo	NIC 1: 4354. Manejo de la conducta: autolesión	Determinar el motivo/razón de la(s) conducta(s)
	190204 Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas		Disponer vigilancia continua del paciente y del ambiente
	190206 Se compromete con estrategias de control de riesgo		Comunicar el riesgo a los demás cuidadores
	190207 Sigue las estrategias de control del riesgo seleccionadas		Anticiparse a las situaciones desencadenantes que puedan provocar la autolesión e intervenir para evitarlas
1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado	140301 Reconoce que tiene alucinaciones o ideas delirantes	NIC 2: 5230. Aumentar el afrontamiento	Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad
	140302 No hace caso a alucinaciones o ideas delirantes		Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación
	140304 Verbaliza frecuencia de alucinaciones o ideas delirantes	NIC 3: 6486. Manejo ambiental: seguridad	Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante
	140306 Refiere disminución de alucinaciones o ideas delirantes		Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente (físicos, biológicos y químicos)
			Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible
			Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognoscitiva y el historial de conducta del paciente
		NIC 4: 4370. Entrenamiento para controlar los impulsos	Utilizar dispositivos de protección (restricción física...) para aumentar la seguridad del ambiente
			Seleccionar la estrategia de solución de problemas adecuada al nivel de desarrollo y la función cognoscitiva del paciente
			Ayudar al paciente a identificar el problema o situación que requiera una acción inmediata
			Enseñar al paciente a "detenerse y pensar" antes de comportarse impulsivamente
			Proporcionar una respuesta positiva (alabar y recompensar) para obtener resultados exitosos

8. Rol-relaciones

Patrón no alterado

9. Sexualidad-reproducción

Patrón no alterado

10. Afrontamiento-tolerancia al estrés

-DX NANDA: 00146 ANSIEDAD

Definición: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
1211 Nivel de ansiedad	121101 Desasosiego	NIC 1: 5820. Disminución de la ansiedad	Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad
	121102 Impaciencia		Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento
	121108 Irritabilidad		Comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante
1402 autocontrol de la ansiedad	140202 Elimina precursores de ansiedad.	NIC 2: 6160. Intervención en caso de crisis	Escuchar con atención
	140203 Disminuye estímulos ambientales cuando está ansioso.		Disponer un ambiente de apoyo
	140205 Planea estrategias para superar situaciones estresantes.		Ayudar a identificar factores desencadenantes y dinámica de crisis
		NIC 3: 5880. Técnicas de relajación	Ayudar a la identificación de valores y habilidades personales, que pueden utilizarse en la resolución de crisis
			Planificación con el paciente en la forma en que pueden utilizarse las habilidades de adaptación para tratar las crisis en el futuro
			Mantener la calma de forma deliberada
		NIC 4: 5230. Aumentar el afrontamiento	Facilitar la respiración lenta, profunda e intencionadamente
			Reducir o eliminar estímulos que crean miedo o ansiedad
			Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede
			Valorar la comprensión del paciente en el proceso de enfermedad
			Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones
			Tratar de comprender la perspectiva del paciente ante situaciones estresantes
			Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados

-DX NANDA: 00069 AFRONTAMIENTO INEFECTIVO

Definición: Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes, para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.

NOC/CRITERIOS DE RESULTADO		NIC: CRITERIO DE INTERVENCIONES Y ACTIVIDADES	
1300 Aceptación de estado de salud	130008 Reconocimiento de la realidad de la situación de salud	NIC 1: 5270. Apoyo emocional	Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones
	130007 Expresar sentimientos sobre el estado de salud		Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo
	130011 Toma de decisiones relacionadas con la salud.		Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza y animarle a expresarlos
1302 Afrontamiento de problemas	130201 Identificar patrones de superación eficaces		Favorecer la conversación o el llanto para disminuir la respuesta emocional
	130205 Verbaliza aceptación de la situación	NIC 2: 5230. Aumentar el afrontamiento	Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones
	130214 Verbaliza necesidades de asistencia		Valorar la comprensión del paciente sobre el proceso de enfermedad
			Utilizar un enfoque sereno de reafirmación
			Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones
		NIC 3: 5250. Apoyo en toma de decisiones	Establecer comunicación con el paciente al principio de su ingreso
			Facilitar la toma de decisiones en colaboración
			Proporcionar información solicitada por el paciente
			Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones
		NIC 4: 5820. Disminución de la ansiedad	Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad
			Escuchar con atención
			Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos
			Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad

11. Valores-creencias

Patrón no alterado

8. LIMITACIONES

Las dificultades que nos podemos encontrar a la hora de aplicar el plan de cuidados irán asociados a la evolución de la enfermedad del paciente.

Son varios factores los que pueden influir en que el plan de cuidados se adecue a los tiempos que nos marcamos en los objetivos, algunos de esos factores pueden ser:

- Mala adherencia al tratamiento, lo que puede provocar una recaída en su estado, hay que tener en cuenta que, esta patología es muy fluctuante, lo que significa que no tomar correctamente la medicación implique en desestabilización del estado de ánimo del paciente. Es muy importante trabajar con los pacientes la conciencia de enfermedad, es fundamental para una recuperación de su salud y de su posible reincorporación a una vida normal.
- Enfermedades somáticas asociadas, dificultarán la recuperación y estabilización del paciente.
- Influencia familiar, dependiendo del apoyo que pueda tener el paciente, el plan de cuidados puede tener mayor o menor efectividad.
- Tiempo de ingreso, suele estar asociado que a mayor tiempo de estancia en la unidad, puede haber un alta con mayor estabilización, pero a veces no es así, sí el paciente tiene una estabilidad sostenida en el tiempo, no es conveniente que este más tiempo, ya que puede ser contraproducente.
- El conocimiento del plan de cuidados, para que haya una correcta aplicación del plan de cuidados es necesario que todos los miembros del equipo sepa que existe, que se aplica y que hay una base científica que lo respalda.
- Continuidad del plan de cuidados, todo personal que pase por la unidad debe aplicar el plan existente al paciente, dejando reflejado cualquier tipo de incidencia.

9. BIBLIOGRAFIA

1. Jara ML, Lana KL, Schneider LS, Torres KEL. TRASTORNOS BIPOLARES. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 177 – Enero 2008.
2. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012. UAH / AEN Núm. 2012.
3. Lehmann SW, Rabins PV. Factors related to hospitalization in elderly manic patients with early and late onset bipolar disorder. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21(11):1060-1064.
4. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaffer A, Beaulieu S, Alda M, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disord* 2013; 15(1):1-44.
5. Miasso AI, Monteschi M, Giaccherio KG. Bipolar affective disorder: medication adherence and satisfaction with treatment and guidance by the health team in a mental health service. *Rev Lat Am* 2009; 17(4):548-556.
6. Morriss R, Yang M, Chopra A, Bentall R, Paykel E, Scott J. Differential effects of depression and mania symptoms on social adjustment: prospective study in bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2013; 15 (1):80-91.
7. Patel SD, Le-Niculescu H, Koller DL, Green SD, Lahiri DK, McMahon FJ, et al. Coming to grips with complex disorders: Genetic risk prediction in bipolar disorder using panels of genes identified through convergent functional genomics. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics* 2010; 153B (4):850-877.
8. Ellison-Wright I, Bullmore E. Anatomía del trastorno bipolar y la esquizofrenia: metaanálisis. *Psiquiatría biológica* 2011; 18(1):6-17.
9. Kelly DL, Thedford S, Vyas G. A new blood-based diagnostic aid for schizophrenia. *Psychiatric Services* 2011;62(9):1107-1107.
10. Antai Otong D. The art of prescribing. *Perspect Psychiatr Care* 2006; 42(3):196-200.
11. Sienaert P, Lambrichts L, Dols A, De Fruyt J. Evidence based treatment strategies for treatment resistant bipolar depression: a systematic review. *Bipolar Disord* 2013; 15(1):61-69.
12. Becoña E, Lorenzo MDC. Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicothema* 2001; 13(3):511-522.

13. Casarotti H, Otegui J, Savi G, Zurmendi P, Galiano E, Gold A. Electroconvulsoterapia: fundamentos y pautas de utilización. *Revista de Psiquiatría Uruguay* 2004;68(1):7-41.
14. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011; 10(1):52-77.
15. Kemp DE. Enfermedades físicas y uso de sustancias comórbidas en el trastorno bipolar. *Psiquiatría Biológica* 2010; 17(04):127.
16. Melich MT. Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol* 2008;20 (4):315-319.
17. Massó Betancourt E, Fernández Guindo JA, Macías Bestard C, Betancourt Borges Y. Valoración de algunas teorías de enfermería y la vigencia en la práctica cubana. *Revista Cubana de Enfermería* 2008; 24(3-4):0-0.
18. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. : Elsevier España; 2010.
19. Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). : Elsevier España; 2009.
20. Moorhead S, Johnson M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). : Elsevier España; 2009.
21. Reyes Luna J, Jara Concha P, Merino Escobar JM. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. *Ciencia y enfermería* 2007; 13(1):45-57.
22. Garcés MAB, del Rey CF, Ferrandis EF. Los modelos de cuidados [Internet]. [Consultado el 4 de enero de 2013]. Disponible en:
http://www.enfermeria21.com/pfw_files/Muestras/01capfundamentos.pdf
23. Cisneros F. Fundamentos de enfermería. Teorías y modelos de enfermería. Programa de enfermería, Universidad Del Cauca, Popayán, Colombia 2005.
24. Spector RE. Cultura, cuidados de salud y enfermería. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades* 1999(6):66-79.
25. López-Parra M, Santos-Ruiz S, Varez-Peláez S, Abril-Sabater D, Rocabert-Luque M, Ruiz-Muñoz M, et al. Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enfermería Clínica* 2006; 16(4):218-221.
26. Vázquez MLO, De Vega CA. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Metodología Enfermera. A propósito de un caso. *NORTE DE SALUD MENTAL* .2008.31.20–26
27. Fernández CM, Jiménez JJG, Antonio J, Gómez G, García SL, Rocamora CR. Eficacia de la intervención enfermera en internos psiquiátricos según los patrones funcionales de M. Gordon. Los espacios pedagógicos del cuidado : 7. [Internet].

[Consultado el 23 de enero de 2013]. Disponible en:

http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat6/pdf/Libro_63.pdf

28. Etxebeste A. MODELOS TEORICOS DE ENFERMERIA APLICADOS EN SALUD MENTAL. Jornadas de Enfermería en Salud Mental 1998; 4:1-11.

29. Gordon M. Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de enfermería. Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades 2000(7):128-138.

30. Actualización en técnicas, procedimientos, cuidados y normativa para enfermería en el ámbito hospitalario y de atención primaria [Internet] 285. [Consultado el 15 de Diciembre de 2012]. Disponible en:

<http://www.bibliotecadigitalcecova.es/contenido/revistas/cat8/pdf/vol3.pdf#page=285>

31. González YK. Plan de Cuidados en Salud Mental. ENE, Revista de Enfermería. 2012; 3(3).

32. Ariz ME, Cariñena A, García MA, Moros MA, Pascual P, Salaberri A, "Manejo de la ansiedad en Atención Primaria. Guía de actuación". Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. 2009.

33. Zorrilla, M. J. M., & Mesa, F. J. G. (2012). Paciente con trastorno bipolar: proceso de enfermería. ENE, Revista de Enfermería., 6(2), 81-88.

34. Mesa Fernández E, Conde Anguita, MA, Moral Jiménez J. Protocolo de valoración inicial del paciente al ingreso en la unidad de cuidados de enfermería. NURE Inv. [Revista en Internet] 2010 Ene-Feb. [consultado el 24 de noviembre de 2012]; 7 (44). Disponible en:

http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/unidcuidenf44.pdf

35. García Suso A, Francisco del Rey C, Palazuelos Puerta P, de Bustos ML. El modelo conceptual de Virginia Henderson y la etapa de Valoración del Proceso de Atención de Enfermería. [Internet]. Educare21 2004; 9. Disponible en:

<http://enfermeria21.com/educare/educare09/ensenando/ensenando4.htm>

36. López Díaz AL. Cuidando al adulto y al anciano. Teoría del déficit de autocuidado de OREM. Aquichan 2009;3(1).

37. Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Madrid: CIE 1969.

38. Fundamentos de enfermería. [Internet]. [Consultado el 17 de Noviembre de 2012]. Disponible en: www.aulaeir.com

39 Tejada Domínguez F, Ruíz Domínguez M. Abordaje asistencial en el paciente en fase avanzada de enfermedad y familia. Enfermería Global 2009;8(1).

40. Grupo Valoración, Dirección General de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Principado de Asturias. PROCESO DE CUIDADOS: VALORACIÓN ENFERMERA, REGISTROS PARA LA VALORACIÓN ENFERMERA [Internet]. MARZO 2009.

Disponible en: <http://www.asturias.es/portal/site/astursalud>

41. López FRJ. EL PROCESO DE ENFERMERÍA. ENFERMERÍA RADIOLÓGICA 1994:19.

42. Arribas A, Aréjula J, Borrego R, Domingo M, Morente M, Robledo J, et al. Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. Madrid: Observatorio de Metodología Enfermera, FUDEN 2006.

43. Becerril ZH, Galán MGN. Proceso de atención de enfermería en pacientes deprimidos. Enfermería Neurológica México 11, 3: 153-158, 2012

44. Villanueva JAH, Parra MDS. Planes de cuidados al paciente con depresión y trastorno bipolar [Internet].

Disponible en:

<http://www.slideshare.net/vitriolum/planes-de-cuidados-trastorno-bipolar>

45. Colomer Simón AJ, Benedí Sanz L, Granada López JM, Rams Claramunt MA .GUÍA DE CUIDADOS EN LA RED DE SALUD MENTAL ARAGON. [Internet]. 2003

Disponible en: en:

http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/20/docs/Areas/Informaci%C3%B3n%20al%20ciudadano/Salud%20mental/Publicaciones/GUIA_CUIDADOS_ENFERMEROS_RED_SALUD_MENTAL_ARAGON_2003.pdf

46. Álvarez Suarez JL, Del Castillo Arévalo F, Fernández Hidalgo D, Muñoz Meléndez M. Manual de Valoración de Patrones Funcionales [Internet]. Junio 2010

Disponible en:

<http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>

47. Serrano Parra MD, Herrero Villanueva JA, Plan de cuidados al paciente con trastorno del estado de ánimo [Internet].

Disponible en: tienda.enfermeria21.com/attachment.php?id_attachment=6

48. Verdeguer Almaraz A. Plan de cuidados versus trayectoria clínica en salud mental. 2012.

49. García-Ordás Álvarez A, Arias Jiménez A, Luis Blanco González A.

Cabrera Herrera A, Carrillo Orellana M, Casado Rabasot MP. Programa de trastornos mentales graves. Subdirección de Salud mental y recursos sociosanitarios. [Internet]. 2009. Disponible en:

http://www.feafesextremadura.org/documentacion/TRASTORNOS_MENTALES_GRAVES.pdf

50. Periañez Cordero MDR, Jiménez Fuente B, Mera Domínguez S. Eficacia de la intervención de la Enfermera Especialista en Salud Mental en el deterioro del patrón del

sueño en paciente con Trastorno Afectivo Bipolar hospitalizado. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(3).

10. ANEXOS

Redes Sociales:

Dado el auge en este ámbito me he decidido a buscar información y apoyo en las siguientes redes sociales.

Linkedin, creando grupos para ayuda y apoyo para la realización de este plan de cuidados, uniéndome al grupo llamado "BIPOLAR DISORDER", debatiendo acerca del mismo.

Twitter, se ha unido y seguido a personas y comunidades relacionadas con la enfermería, salud mental y trastorno bipolar.