



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

Atención integral del paciente con enfermedad física crónica y depresión a partir de un caso clínico

Chronic physical and depressive patient's comprehensive care: a clinical case

Autor

**Daniel Pérez Royo**

Directora

**Esther Samaniego Díaz de Corcuera**

Facultad de Ciencias de la salud

2016

## **ÍNDICE**

1. Resumen.....	pag. 3
2. Abstract.....	pag. 4
3. Introducción.....	pag. 5
4. Objetivos.....	pag. 8
5. Método.....	pag. 9
6. Desarrollo.....	pag. 11
6.1 Valoración.....	pag. 11
6.2 Diagnóstico enfermero.....	pag. 12
6.3 Planificación de intervenciones y resultados esperados.....	pag. 13
6.4 Discusión.....	pag. 17
7. Conclusiones.....	pag. 18
8. Bibliografía.....	pag. 19
9. Anexos.....	pag. 23

## 1. RESUMEN

**Introducción:** La comorbilidad supone la presencia de uno o más trastornos y el efecto de estos sobre la patología principal. En el caso de una enfermedad física crónica, la aparición de depresión complica su evolución y empeora las limitaciones, afectando a la calidad de vida. En la práctica diaria el seguimiento y atención de los trastornos psíquicos es competencia de salud mental, así como la patología física crónica es atendida por la enfermería generalista desde atención primaria. Sin embargo, muchos pacientes presentan ambos tipos.

**Objetivo:** Elaborar un plan de cuidados según la taxonomía científica enfermera para la atención integral de un paciente con hipotiroidismo primario y depresión.

**Método:** Estudio basado en una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos del mundo de la salud, consulta de profesionales, organismos nacionales e internacionales y la biblioteca de la Fcd. de Ciencias de la Salud de la Universidad de Zaragoza.

**Desarrollo:** Se realizó una valoración del paciente siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon y empleando escalas de valoración de salud. El diagnóstico y planificación se llevaron a cabo siguiendo la taxonomía científica enfermera según NANDA, NIC y NOC.

**Conclusión:** Un plan de cuidados integral permite la atención del paciente como un ser completo y no un conjunto de síntomas o patologías. La enfermería generalista debe ser capaz de incluir la esfera biopsicosocial en los cuidados de la enfermedad física crónica.

**Palabras clave:** comorbilidad, enfermedad física crónica, depresión, enfermería, cuidado integral, biopsicosocial.

## 2. ABSTRACT

**Introduction:** Comorbidity is the presence of one or more disorders and the effect of such additional disorders on the primary disease. When it comes to a chronic physical illness, the presence of depression complicates its evolution and aggravates the patient limitations, with an impact on the quality of life. In the daily practice the monitoring and care of the mental illness is mental health competence, as well as chronic physical illness is attended by primary care nurse. However, many patients suffer from both kinds of pathology.

**Objectives:** To develop a caring plan according to the nursing scientific taxonomy for the comprehensive care of a patient suffering primary hypothyroidism and depression.

**Methodology:** Study based in the review of the latest bibliography on the main health databases, professional consult, national and international organizations and Unizar's Ciencias de la Salud department's library.

**Development:** The patient assessment was done using Marjory Gordon's functional health patterns and rating scales. The diagnosis and planning were done according to the nursing scientific taxonomy using NANDA, NIC and NOC.

**Conclusion:** A comprehensive caring plan allows patient's attention as a complete being and not just a set of symptoms or pathologies. Generalist nursing must be able to incorporate the psychosocial sphere in the chronic physic illness care.

**Keywords:** comorbidity, chronic physic illness, depression, nursing, comprehensive care, biopsychosocial.

### 3. INTRODUCCIÓN

La comorbilidad supone la presencia de uno o más trastornos y el efecto de estos sobre la patología principal. En el caso de una enfermedad física crónica la aparición de depresión complica su evolución y empeora las limitaciones, afectando a la calidad de vida.<sup>1</sup> En la práctica diaria el seguimiento y atención de los trastornos psíquicos es competencia de salud mental, así como la patología física crónica es atendida por la enfermería generalista desde atención primaria. Sin embargo, muchos pacientes presentan ambos tipos.<sup>1, 2</sup>

La depresión es, según la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, "un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva".<sup>1</sup> Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta a unos 350 millones de personas en el mundo, habiéndose convertido en un problema de inicio cada vez más temprano. Según el estudio ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders), la prevalencia en España es menor a la de otros países europeos, con una prevalencia-vida del episodio depresivo de 10,6% y una prevalencia-año del 4,0%. La elevada prevalencia de esta enfermedad supone el 1% de la economía a nivel europeo.<sup>1, 2</sup>

La comorbilidad de la depresión con patologías físicas crónicas es considerable, variando entre el 10 y el 40% según la región estudiada.<sup>3, 1</sup> Esta relación es compleja, ya que la depresión puede actuar como un factor predisponente o agravante y al mismo tiempo la presencia de patologías físicas incrementa la probabilidad de tener depresión<sup>3, 4</sup>. En el caso de la depresión y los problemas tiroideos no está muy bien definida. Un 40% de las mujeres que padecen hipotiroidismo primario presentan síntomas de depresión.<sup>5</sup> Según Bould H. hay un porcentaje alto de *distres* psicológico en pacientes con disfunción tiroidea, aunque los datos no resultan significativos.<sup>6</sup>

Otros estudios respaldan esta falta de correlación entre el hipotiroidismo y el estado de ánimo.<sup>7, 8</sup>

Sin embargo, los síntomas de la enfermedad tiroidea pueden solaparse con los de la depresión. La depresión es un problema infradiagnosticado, siendo importante el número de pacientes que no acude a consultar sus síntomas<sup>5, 6</sup>. Los trastornos depresivos son difíciles de diagnosticar, dado el espectro de gravedad con el que pueden presentarse. Muchos pacientes que padecen trastorno depresivo no son diagnosticados por el médico generalista tras muchas visitas por quejas somáticas a las que no se presta importancia.<sup>1</sup> Así mismo, la aparición de síntomas somáticos puede dar lugar a confusión en el diagnóstico y seguimiento de ambas patologías<sup>8</sup>.

Diversos factores pueden afectar negativamente al seguimiento del plan terapéutico para este tipo de pacientes. Los efectos secundarios, entre otros factores, pueden ser un motivo de abandono del tratamiento antidepresivo.<sup>1, 9</sup> Es difícil conocer la adherencia del paciente, pero imprescindible motivarla ya que una recaída afectaría al seguimiento del resto de tratamientos y conductas positivas de este.<sup>1, 10, 11</sup> El abuso de alcohol y/o sustancias también puede llevar a una mala adherencia y viceversa, aumentando también el riesgo de conducta autolesiva y suicidio.<sup>4, 8, 12</sup>

El riesgo de suicidio en el paciente depresivo es mayor en determinados grupos de riesgo (mujeres, presencia de enfermedad física crónica, abuso de alcohol y sustancias, situación económica, estado civil, etc.) y en los primeros meses de tratamiento, generalmente.<sup>13, 15</sup> De igual manera, el estigma que supone para el propio paciente la etiqueta de enfermedad puede generar un obstáculo en su mejoría, influyendo en el problema en su conjunto.<sup>14, 15</sup> Según Pissani A. la valoración del riesgo de suicidio no debe realizarse en una escala leve-moderado-alto, sino teniendo en cuenta varios factores: el riesgo en comparación con otros pacientes en situación similar; el riesgo actual en comparación a otro punto del proceso de enfermedad, como puede ser el momento de contacto con la unidad; y los recursos materiales y personales disponibles por parte del paciente.<sup>16</sup>

Dada la cantidad de factores interrelacionados, resulta evidente la necesidad de realizar una atención integral de este tipo de paciente para su cuidado

desde enfermería. Para ello, será necesario realizar una valoración biopsicosocial del paciente, teniendo presentes y tratando los agentes que pueden agravar su problema y potenciando aquellos que promuevan la mejoría de su situación.<sup>17, 18</sup>

#### **4. OBJETIVOS**

- Elaborar un plan de cuidados según la taxonomía científica enfermera para la atención integral de un paciente con hipotiroidismo primario y depresión.



## 5. METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica a partir de la bases de datos, organismos y profesionales recogidos en las siguientes tablas:

**Tabla 1- Relación de bases de datos consultadas, palabras clave y artículos empleados.**

Base de datos	Palabras clave	Artículos encontrados	Artículos revisados	Artículos seleccionados	
<b>Pubmed</b>	"Depression" AND "Comorbidity" AND "Medical illness"	19	3	3	
	"Comorbidity" AND "Depression" AND "Hypothyroidism"	9	1	1	
	"comorbidity" AND "depression" AND "noncompliance"	4	1	1	
	"comprehensive health care" AND ("nursing" OR "nurse")	33	3	2	
	"depression" AND "hypothyroidism"	85	4	3	
	<b>SciElo</b>	Adherencia AND Tratamiento	32	2	1
	<b>ScienceDirect</b>	Comorbilidad depresión	61	1	1
<b>CUIDEN Plus</b>	"atención integral" AND "enfermería" AND ("psicosocial" OR "biopsicosocial")	28	1	2	

**Tabla 2- Relación de organismos y profesionales consultados e información obtenida.**

Organismos y profesionales consultados	Información obtenida
Dr. Adalberto Campos Arias, médico psiquiatra, Santa Marta, (Colombia)	2 artículos científicos
OMS	Datos poblacionales sobre la depresión
Biblioteca Fcd Ciencias de la Salud	NANDA, NIC, NOC e Interrelaciones

No se utilizaron límites temporales salvo en ocasiones en las que la búsqueda acotada daba resultados muy altos, en cuyo caso se limitó la búsqueda a los últimos 10 años. Los artículos fueron seleccionados por la relación del título con la información deseada, y descartados posteriormente por el contenido del resumen.

Se ha realizado un proceso de atención integral de enfermería de un paciente que presenta hipotiroidismo primario y depresión. La valoración se ha llevado a cabo siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon y las escalas de valoración de Goldberg para ansiedad/depresión, del sueño de Oviedo, del suicidio de Plutchick y la SF36 para la calidad de vida. El diagnóstico y planificación de los cuidados siguiendo la taxonomía científica enfermera NANDA, NIC, NOC.

## 6. DESARROLLO

### 1) VALORACIÓN

La paciente LPC, de 22 años, del Centro de Salud Miralbueno cuando residía en Zaragoza, actualmente, del CS Sant Adriá de Barcelona. Estudia en la Universidad Pompeu Fabra y trabaja a tiempo parcial en un bar de cócteles. Diagnosticada de **hipotiroidismo primario** en noviembre de 2014, controlado con tratamiento farmacológico con Levotiroxina. En octubre de 2015 acude a consulta médica por repetidas crisis de ansiedad con intentos autolíticos. Se le diagnostica **depresión** y comienza tratamiento farmacológico con Paroxetina 20mg/día y Alprazolam 0,25 si precisa en las crisis. Los síntomas (ansiedad, apatía, desilusión, falta de motivación) remiten, controlando mejor las crisis de ansiedad. Diagnosticada también de endometriosis en tratamiento con Drosurelle diario 0,3/0,2 mg. Eventualmente sufre migrañas. Sufrió una úlcera péptica hace 4 años.

Se realiza la entrevista de enfermería siguiendo los patrones funcionales de Marjory Gordon, obteniendo la siguiente información:

Conoce y acepta su enfermedad, aunque parcialmente, la considera "un problema, no siento que esté enferma". Sigue adecuadamente el tratamiento y sabe para qué toma cada fármaco. En la consulta de enfermería refiere los siguientes efectos secundarios tras el inicio de la medicación para la depresión: insomnio (de conciliación, mantenimiento y despertar precoz, 5 horas diarias de sueño de 23 a 12), pesadillas, bostezos, cansancio, disminución de la memoria reciente, incapacidad de concentración, temblores automáticos que "si trato de parar me generan mucha ansiedad", espasmos, mareos ("veo extraño", "siento como si mi cuerpo no fuese mío a veces"), estreñimiento, náuseas, malestar gástrico, sensibilidad al frío y sequedad de la piel. Sufre "bajones" del ánimo cada vez que se pone en contacto con su expareja o se enfrenta a problemas familiares o económicos. Reacciona "mal, muy mal, a veces veo la solución, otras es como si no fuese a salir de esto", llegando a la autoagresividad. No acude regularmente a sus citas con médicos o especialistas.

Tiene problemas para cuidar su entorno por "falta de ganas". Realiza 1 o 2 comidas al día por falta de apetito y náuseas al levantarse. En dos ocasiones

ha abandonado el tratamiento antidepresivo por asegurar sentirse mejor, tras lo cual reaparecen los síntomas de desilusión y tristeza incontrolable, ignorando el resto de medicación a excepción de la anticonceptiva. A los dos o tres días retoma el tratamiento con normalidad.

A nivel social, se encuentra en una situación económica inestable. Vive con su hermana, que recibe el paro, siendo su apoyo principal. Padres separados con los que mantiene contacto, en mala situación económica. Le cuesta relacionarse con gente desconocida, sin embargo con sus amigos y gente de confianza se muestra abierta y tranquila.

A la escala de Goldberg (Anexo 2) para la valoración del grado de ansiedad/depresión ha dado una puntuación de 9/9 para ansiedad y 7/9 para depresión. Para la escala del sueño de Oviedo (Anexo 3) en la subescala de insomnio 42/45. Por último, para la escala de suicidio de Plutchick (Anexo 4) ha obtenido 10/15 puntos. Debido a la falta de acceso al manual de interpretación de los resultados para el cuestionario SF-36 no es posible indicar la puntuación obtenida. (Anexo 5) Aún con todo, se indica el uso de esta escala para evaluar la calidad de vida antes y después de las intervenciones sugeridas en el plan de enfermería.

## **2) DIAGNÓSTICO ENFERMERO (NANDA)**

Dado que los principales problemas que afronta la paciente son la mala adherencia al plan terapéutico, los efectos secundarios, el insomnio, la autoagresividad y el cuidado de su entorno se va a trabajar sobre la enseñanza del proceso de su enfermedad y tratamiento y el manejo de la ansiedad con el objeto de abarcar el problema de la forma más completa posible. Para ello son seleccionados los siguientes diagnósticos:

-Incumplimiento (00079) r/c motivación insuficiente m/p faltar a citas programadas y mala adherencia al tratamiento.

-Afrontamiento ineficaz (00069) r/c adaptación inadecuada a los agentes estresantes m/p desatención de los cuidados básicos, escasa actividad diurna e insomnio.

Se han seleccionado estos dos diagnósticos para simplificar y evitar solapar las intervenciones. Otros posibles diagnósticos serían: Insomnio (00095), Ansiedad (00146) o Riesgo de automutilación (00139).

### **3) PLANIFICACIÓN DE OBJETIVOS E INTERVENCIONES (NOC-NIC)**

#### **1. Incumplimiento**

- Conducta terapéutica: enfermedad (1609)
  - ❖ Enseñanza: proceso de enfermedad (5602)
    - Revisar el conocimiento del paciente sobre su afección.
    - Describir el proceso de la enfermedad.
    - Explicar la importancia del control de su enfermedad.
    - Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento.
    - Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.

#### Indicadores:

- Cumple las precauciones recomendadas (160901)
  - Cumple los tratamientos prescritos (160903)
  - Supervisa efectos secundarios del tratamiento (160909)
  - Solicita una visita con el profesional sanitario cuando es necesario (160916)
- Motivación (1209)
    - ❖ Mejora de la autoconfianza (5395)
      - Identificar los obstáculos para la adherencia al plan terapéutico.
      - Utilizar afirmaciones convincentes positivas respecto a la capacidad del individuo de adherirse al plan terapéutico.

- Explorar la percepción del individuo de los beneficios de la adherencia al plan terapéutico frente a las consecuencias de su abandono.

Indicadores:

- Inicia conductas dirigidas hacia los objetivos (120905)
- Obtiene el apoyo necesario (120904)
- Mantiene una autoestima positiva. (120907)

## **2. Afrontamiento ineficaz**

- Afrontamiento de problemas (1302)
  - ❖ Mejorar el afrontamiento (5230)
    - Ayudar a la paciente a identificar los agentes estresantes.
    - Alentar una actitud realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
    - Facilitar salidas constructivas a la ansiedad.
    - Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.
    - Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados.
    - Ayudar al paciente a identificar los objetivos a largo y corto plazo.

Indicadores:

- Identifica patrones de superación eficaces (130201)
- Identifica patrones de superación ineficaces (130202)
- Evita situaciones excesivamente estresantes (130213)
- Modifica el estilo de vida para reducir la ansiedad (130207)
- Refiere aumento del bienestar psicológico (130218)
- Autocontrol de los impulsos (1405)
  - ❖ Entrenamiento para controlar los impulsos (4370)
    - Ayudar al paciente a identificar la conducta autolesiva como perjudicial.
    - Planear con el paciente estrategias alternativas para afrontar la angustia.

- Enseñar al paciente a detenerse y pensar antes de actuar impulsivamente.
- Ayudar a la paciente a comprender la carga emocional que supone su conducta para el cuidador principal.

Indicadores:

- Identifica conductas impulsivas perjudiciales (140501)
- Identifica consecuencias de las acciones impulsivas propias a los demás (140504)

PLAN DE ACTUACIÓN

La actuación sobre la paciente se basará en la toma de conciencia de su problema y el establecimiento de objetivos para la mejora de su situación a largo y corto plazo.

Se llevarán a cabo unas sesiones de educación desde la consulta de enfermería en las que se hablará sobre el proceso de enfermedad de la depresión y el hipotiroidismo, aclarando conceptos erróneos de la paciente y explicándole las distintas fases de la enfermedad con las que puede encontrarse. Se le instruirá en los riesgos de abandono del tratamiento, el consumo excesivo de alcohol y la desorganización de sus hábitos, alentándole a expresar qué le lleva a actuar de esta manera, qué consecuencias puede tener a la larga sobre su salud y sus relaciones sociales y cómo tomar iniciativa para modificar su conducta.

Respecto a la adherencia, el problema es que cuando se encuentra mejor deja el tratamiento para tantear su posible mejoría. Hay que explicar en este caso que es una conducta muy habitual y se le hará comprender que, como ha podido comprobar en otros intentos, corre el riesgo de sufrir una recaída en los síntomas y descompensar su enfermedad, lo cual supondrá un paso atrás hacia la mejoría. Igualmente se explicarán los posibles efectos secundarios de su medicación y se le enseñará a identificarlos, así como cuando acudir a consultarlos.

En cuanto al uso del sistema sanitario y las visitas a consulta, se enseñará a la paciente la importancia de su asistencia para poder seguir su evolución y controlar sus patologías, así como los momentos en los que está indicado que acuda a pedir ayuda. (p.e.: antes repetidas crisis de ansiedad, ideación suicida, aparición de efectos secundarios adversos, dudas o limitaciones importantes para alcanzar los objetivos marcados, etc.).

En lo que respecta al afrontamiento de la angustia y la ansiedad se comentará las posibles alternativas a la conducta actual, decidiendo qué otros métodos conoce para superar una crisis antes de recurrir a la medicación. Para ello se le ayudará a identificar y ser consciente de los principales factores estresantes en su entorno y los que pueden surgir más habitualmente para estar preparada. Se tratará de transmitir una visión realista de su situación con el objeto de que asuma los factores no modificables y tome una conducta constructiva que la beneficie a la hora de tomar decisiones.

En relación a la conducta autolesiva como forma de reducir la ansiedad se intentará que su hermana transmita sus sentimientos al respecto, ya que es su cuidadora principal y convive con ella. Se instruirá a la hermana en el manejo de la paciente ante estas situaciones siempre que se encuentre presente, retirando objetos peligrosos y conteniéndole. A la paciente se le mostrarán los riesgos y consecuencias que supone esta práctica, como lesión de tendones, vasos o estructuras importantes, las posteriores cicatrices o el riesgo de que la herida se infecte. Se acordará no repetir esta conducta estableciendo otras vías para canalizar su ansiedad.

Se ayudará a la paciente a organizar el tiempo en un día normal para mantenerse ocupada y activa, marcando unos horarios para obligaciones y para ocio (p.e.: por la mañana repartirá con su hermana las tareas de la casa, las compras y gestiones comunes; por la tarde dedicará un tiempo a estudiar y otro a hacer actividades de ocio en la calle o en casa, como patinar, leer o jugar a videojuegos, tratando de realizar algunos de estos planes con amigos). La paciente elegirá dentro de la prescripción un momento del día para tomar siempre la medicación. También se intentarán modificar progresivamente los horarios para acostarse y levantarse, intentando seguirlos de forma estricta aunque amoldándose a su trabajo, clases y ocio.



Se le explicará que la intención es que reorganizando los hábitos pueda aprovechar mejor el día y mejorar el sueño nocturno.

Tras llevar a cabo las intervenciones, en un plazo de 1 mes, volverán a realizarse las encuestas para valorar el estado del paciente.

#### **4) DISCUSIÓN**

Tratándose de un caso clínico empleado para ejemplificar la atención integral, no han podido llevarse a cabo en la realidad las intervenciones sugeridas. Aún con todo, en el supuesto del cumplimiento del paciente en mayor o menor medida de los objetivos planteados, la continuidad en el plan de cuidados estaría enfocada a potenciar el logro de los objetivos no alcanzados y establecer nuevas metas para otros problemas secundarios.

Aunque de la impresión de que los cuidados se centran sobre la depresión y dejan al problema tiroideo de lado, esta actuación engloba los problemas que lo afectan de forma indirecta. A la larga esta atención holística proporcionaría un beneficio al estado de salud del paciente mejor que si solo se atendiesen los síntomas somáticos.

## **7. CONCLUSIONES**

- 1) Un plan de cuidados integral permite la atención del paciente como un ser completo y no como un grupo de síntomas o patologías aisladas.
- 2) La enfermería generalista debe estar preparada para incluir en los cuidados de la enfermedad física crónica la esfera psicosocial del paciente.
- 3) Es necesaria una revisión de las herramientas de trabajo de la metodología enfermera que incluya los procesos de comorbilidad más habituales de la sociedad actual.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.
2. Haro JM, Palacin C, Vilagut G, Martinez M, Bernal M, Luque I, Codony M, Dolz M, Alonso J. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin (Barc)*, 2006 Apr 1; 126(12): 445-451.
3. Uzun S, Kozumplik O, Topić R, Jakovljević M. Depressive disorders and comorbidity: Somatic illness vs. Side effect. *Psychiatr Danub*, 2009; 21(3): 391-398.
4. Katon, WJ. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues Clin Neurosci*, 2011; 13(1): 7-24.
5. Sevin A, Savli H. Hypothyroidism masquerading as depression: the role of noncompliance. *J Natl Med Assoc*, 2004; 94(3): 379-382.
6. Bould H, Panicker V, Kessler D, Durant C, Lewis G, Dayan C, Evans J. Investigation of thyroid dysfunction is more likely in patients with high psychological morbidity. *Fam Pract*, 2012; 29: 163-167.
7. Dayan C, Panicker V. Hypothyroidism and depression. *Eur Thyroid J*, 2013; 2: 168-179.
8. Andrade Junior NE, Elias Pres ML, Santos LC. [Depression and anxiety symptoms in hypothyroid women]. *Rev Bras Ginecol Obstet*, 2010; 32(7): 321-6.
9. Bernabeu-Wittel M, Alonso-Coello P, Rico-Blázquez M, Rotaeché del Campo R, Sánchez S, Casariego E. Desarrollo de guías de práctica

- clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. *Aten Primaria*, 2014; 46(7): 385-392.
10. Carvajal C. Poor response to treatment: beyond medication. *Dialogues Clin Neurosci*, 2004; 6(1): 93-103.
  11. Nogués X, Sorli ML, Villar J. Instrumentos de medida de adherencia al tratamiento. *An Med Interna*, 2007; 24(3): 138-141.
  12. Lappann Botti NC, Campos Ferreira S, Rontijo do Nascimento R, Ferreira Pinto JA. [Health condition of women with mental disorder]. *Rev Rene*, 2013; 14(6): 1209-16.
  13. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02
  14. Pacheco G, Cibanal ML. Estigmatización del paciente mental: ¿es posible una mirada enfermera? *Rev Presencia*, 2008; 4(8).
  15. Campo-Arias A, Herazo E. El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. *Rev Colomb Psiquiat*, 2015; 44(4): 243-250.
  16. R Pissani A, C Murrie D, M Silverman M. Reformulating suicide risk formulation: from prediction to prevention. *Acad Psychiatry*, 2015; DOI 10.1007/s40596-015-0434-6
  17. Fracolli LA, Pavone Zoboli EL, Ferreira Granja G, Ermel RC. The concept and practice of comprehensiveness in primary health care: nurses perception. *Rev Eac Enferm USP*, 2011; 45(5): 1132-8.

18. Araújo Assis MM, Alves do Nascimento MA, Bistafa Pereira MJ, Marques de Cerqueira E. Comprehensive health care: dilemmas and challenges in nursing. *Rev Bras Enferm*, 2015; 68(2): 304-9.
19. Andán-Manes J, Ayuso-Mateos JL. Sobrediagnóstico y sobretratamiento del trastorno depresivo mayor en atención primaria: un fenómeno en auge. *Aten Primaria*, 2010; 42(1): 47-49.
20. (American Psychological Association) Herdman TH. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. 2015-2017. Barcelona: Elsevier, 2015.
21. Moorhead S, Johnson M, L Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). *Medición de resultados en salud*. 5ª ed. Barcelona: Elsevier, 2014.
22. M Bulechek G, K Butcher H, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier, 2009.
23. Johnson M, Moorhead S, Bulechek G, Butcher H, MaasM, Swanson E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos. 3ª ed. Barcelona: Elsevier, 2012.
24. Bobes García J, González G.-Portilla MP, Saíz Martínez PA, Bascarán Fernández MT, Iglesias Álvarez C, Fernández Domínguez JM. Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema* 2000; 12(1): 107-12.
25. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general. *Br Med J* (ed. esp.), 1989; 4(2): 49-53.

26. Lobo A, Montón A, Campos R, et al. Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica: el nuevo instrumento E.A.D.G. Zaragoza: Ed Luzán, 1993.
27. Buitrago F, Ciurana R, Chocron L, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Aten Primaria*, 1999; 24(1): 184-190.
28. Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, Santo Domingo J. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol*, 1998; 61(2): 143-52.
29. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Um instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (BARC)* 1995; 104: 771-6.

**Anexo 1 – Entrevista de valoración integral según patrones funcionales de Marjory Gordon**

**HISTORIA DE ENFERMERÍA (VALORACIÓN DE ENFERMERÍA)**

**INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre preferido \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Vive solo/a      Convive con:  padres     pareja     hijos  otros \_\_\_\_\_

Persona de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Servicio Derivante: \_\_\_\_\_

Objetivos del Equipo Derivante:

-
-
-
-

Centro de Salud Mental (C.S.M.): \_\_\_\_\_

Equipo:                      Psiquiatra: \_\_\_\_\_

D.U.E.: \_\_\_\_\_

Fecha de seguimiento psiquiátrico programada para el día: \_\_\_\_\_

Centro de Atención Primaria (C.A.P.): \_\_\_\_\_





A. Genito-urinario:

S. Inmunológico/ Enfermedades infecto-contagiosas:

❖ Intervenciones quirúrgicas  
recientes: \_\_\_\_\_

❖ ALERGIAS       Sí       No conocidas

Alimentarias \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Farmacológicas \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Otras \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

❖ Seguimiento por  
especialistas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

❖ **-Enfermedad psiquiátrica actual**

Antecedentes psiquiátricos familiares    Sí    No       Lo desconoce

¿Quién? \_\_\_\_\_

Edad de inicio \_\_\_\_\_

Ingresos en Unidades Psiquiátricas    Sí       No

¿En cuáles? \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Síntomas (que piensa que le pasa): \_\_\_\_\_

—

- Conoce su enfermedad  Sí  No

-Acepta su enfermedad  Sí  No -Rechaza su enfermedad  Sí  No

- **Conciencia de enfermedad** Parcial

Total

Nula

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS ACTUALES:

	<b>desayuno</b>	<b>comida</b>	<b>cena</b>	<b>dormir</b>	<b>Si precisa</b>

Tratamiento depot

-Efectos Secundarios  Sí  No

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

-Conocimientos:

Fármacos  Sí  No Para qué los toma  Sí  No Efectos Secundarios  Sí  No

-Adherencia al tratamiento farmacológico  Autónomo  Supervisión   
Abandono

-Cumplimiento de citas con CSM  Sí  No

❖ **Consumo de tóxicos**

<b>Tóxicos</b>	<b>Previos</b>	<b>Actuales</b>	<b>Cantidad al día</b>
Tabaco	Sí / No	Sí / No	
Alcohol	Sí / No	Sí / No	
Cannabis	Sí / No	Sí / No	
Opiáceos	Sí / No	Sí / No	
Alucinógenos	Sí / No	Sí / No	
Estimulantes	Sí / No	Sí / No	
Benzodiacepinas	Sí / No	Sí / No	

Otros: \_\_\_\_\_

Interés por dejar de fumar  Sí  No

Interés por dejar de consumir alcohol/drogas  Sí  No

❖ **Higiene corporal /Imagen**

GRADO DE AUTONOMÍA

	Autónomo/a	Estímulo/Supervisión	Ayuda Parcial	Ayuda Total

Alimentación				
Baño/ Higiene				
Vestido				
Uso del WC				
Deambulaci3n				
Cuidado Entorno				

- Aspecto personal  Adecuado  Inadecuado
- Baño/ducha  diario  d3as alternos  1 vez/semana  
 Otros \_\_\_\_\_
- Vestuario  Adecuado  Inadecuado  Sucio  Limpio
- Peinado  Adecuado  Inadecuado
- Afeitado  Adecuado  Inadecuado
- Maquillaje  No  adecuado  Inadecuado
- Depilaci3n  S3  No

#### ❖ **Salud Bucodental**

- Higiene dental  diaria  ocasional  nunca
- Visitas dentista  frecuentes  ocasionales  nunca
- Caries  S3  No
- Falta piezas  S3  No
- Pr3tesis dentales  S3  No
- Hipersensibilidad fr3o/calor  S3  No
- Lesiones  S3  No
- Otros \_\_\_\_\_

### **DIAGN3STICOS DE ENFERMER3A**

DETERIORO DE LA DENTICI3N	00048	
---------------------------	-------	--

MANTENIMIENTO INEFECTIVO DE LA SALUD	00099	
DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO/ HIGIENE	00108	
DÉFICIT DE AUTOCUIDADO :VESTIDO/ACICALAMIENTO	00109	
DEFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN	00102	
DOLOR AGUDO	00132	
DOLOR CRÓNICO	00133	
INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	00079	
DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL	00045	

## **PATRÓN II: NUTRICIONAL METABÓLICO**

### ❖ ***Estado de piel y mucosas***

Piel  fría  sudorosa  seca  descamación  
 normocoloración  pálida  hidratada  
 ictericia  cianosis

Lesiones  Sí  No

Localización \_\_\_\_\_

### ❖ ***Patrón de ingesta hídrica y alimentaria***

Autónomo  Necesita ayuda

Dificultades al masticar  Sí  No

Dificultades al deglutir  Sí  No

Náuseas/vómitos  Sí  No

Dispepsia/úlceras  Sí  No

Apetito  normal  aumentado  disminuido

Alergias alimentarias  Sí  No

Cuáles \_\_\_\_\_

Nº ingestas diarias \_\_\_\_\_ desayuno/comida/merienda/cena

Dieta habitual (alimentos que consume) \_\_\_\_\_

Restricciones/ Rechazos \_\_\_\_\_

equilibrada  desequilibrada

normal  sin sal  hipocalórica  hipograsa  diabética

Conducta alimentaria  adecuada  inadecuada

APOYO EN  alimentación  organización dieta/comida  organización compra

Peso \_\_\_\_\_  Normopeso  Obesidad

Talla \_\_\_\_\_  Sobrepeso  Bajo peso

IMC \_\_\_\_\_

Ingesta hídrica al día \_\_\_\_\_ litros

Qué bebidas toma

---

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

DESEQUILIBRIO DE LA NUTRICIÓN POR EXCESO	00001	
DESDEQUILIBRIO DE LA NUTRICIÓN POR DEFECTO	00002	
RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS	00025	
RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	00047	
DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	00046	
RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE LA NUTRICIÓN POR EXCESO	00003	

### **PATRÓN III: ELIMINACIÓN**

#### **❖ Patrón de eliminación intestinal**

Frecuencia \_\_\_\_\_

Control esfínteres  Sí  No  Molestias

Toma laxantes  Sí  No  ocasionalmente

¿Cuál? \_\_\_\_\_

#### **❖ Patrón de eliminación urinaria**

Control esfínteres  Sí  No  Uso de pañal/compresas

Molestias  Sí  No  ocasionalmente

¿Cuales? \_\_\_\_\_

### **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

ESTREÑIMIENTO	00011	
ESTREÑIMIENTO SUBJETIVO	00012	
RIESGO DE ESTREÑIMIENTO	00015	
DIARREA	00013	

DETERIORODE LA ELIMINACIÓN URINARIA	00016	
INCONTINENCIA URINARIA TOTAL	00021	
RETENCIÓN URINARIA	00023	

#### **PATRÓN IV: ACTIVIDAD/EJERCICIO**

##### ❖ **Estado cardiovascular**

normocoloración       cianosis     palidez

Alt. Coagulación  edemas     varices

Hematomas                       úlceras vasculares

TA \_\_\_\_\_

F. C. \_\_\_\_\_

PULSO       regular     arrítmico

##### ❖ **Estado respiratorio**

Disnea     ruidos respiratorios

secreciones/expectoración

##### ❖ **Actividad Motora**

Independiente     Dependiente parcial     Dependiente total

##### ❖ **Comportamiento Motriz**

Nivel:     Aletargado/Sedado     Inquieto     Hiperactivo     Tenso     Activo

Agitado     Agresivo

Tipo:     Tics     Temblores     Movimientos anormales     Rigidez     Agitado

Agresivo

Presencia de:     Manierismos     Conductas bizarras     automatismos



Rituales compulsivos  Movimientos discinéticos o distónicos

❖ **Actividades habituales diarias**

---



---



---

❖ **Actividades de Ocio y Tiempo Libre**

---



---



---

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ	00032	
DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA	00085	
INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD	00092	
FATIGA	00093	
DETERIORO EN EL MANTENIMIENTO DEL HOGAR	00098	
DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO	00029	
DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS	00097	

**PATRÓN V: SUEÑO/DESCANSO**

❖ **Patrón de sueño/Descanso**

Nº horas de sueño diarias \_\_\_\_\_

Hora de acostarse \_\_\_\_\_ Siesta  Sí  No

Hora de levantarse \_\_\_\_\_

Necesita ayuda psicofarmacológica para dormir

Sí  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Factores que le perturban el sueño \_\_\_\_\_

Factores que le favorecen el sueño \_\_\_\_\_

Tiene dificultad para levantarse

Sí  No

Utiliza prendas adecuadas para el descanso

Sí  No

❖ **Sensación después de dormir**

El sueño es reparador  Sí  No  Ocasionalmente

Se siente descansado/a  Sí  No  Ocasionalmente

Se siente confuso/a  Sí  No  Ocasionalmente

❖ Valoración del insomnio

Dificultad de conciliación  Sí  No  Ocasionalmente

Sueño interrumpido  Sí  No  Ocasionalmente

Despertar precoz  Sí  No  Ocasionalmente

Pesadillas, terrores nocturnos  Sí  No  Ocasionalmente

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO	00095	
DEPRIVACIÓN DE SUEÑO	00096	
FATIGA	00093	

**PATRÓN VI: COGNITIVO-PERCEPTIVO**

❖ **Alteraciones sentidos**

Alteración agudeza visual  Sí  No      Uso de gafas      Prótesis

Alteración agudeza auditiva  Sí  No       Hipoacusia   
Prótesis

Alteración del olfato  Sí  No

Alteración del gusto  Sí  No

Alteración del tacto  Sí  No

❖ **Estado cognitivo**

ORIENTACIÓN TEMPORO-ESPACIAL  Buena  Mala

Orientado/a en el espacio  Sí  No      Orientado en el tiempo  Sí  No

Orientado autopsíquicamente       Orientado Halopsíquicamente

Acude solo a Centro de Día  Sí  No

¿Quién le acompaña?-----

ALTERACIONES EN LA MEMORIA  Si  No

Amnesia retrógrada

Pérdida de memoria inmediata (disminución de la capacidad de fijación)

Pérdida de memoria reciente (disminución de la capacidad de retención)

Pérdida de memoria remota (disminución de la capacidad de evocación)

Paramnesias (deformación o invención de recuerdos)

Hipermnesias (aumento de la memoria)

ALTERACIONES EN LA ATENCIÓN/CONCENTRACIÓN

Si  No  Fácil distraibilidad

ALTERACIONES EN LA COMUNICACIÓN

Si  No



- Disgregación  Sí  No  Ocasionalmente   
Anteriormente

❖ ***Alteración del contenido del pensamiento***

- Pensamiento incoherente  Sí  No  Ocasionalmente   
Anteriormente
- Pensamiento delirante  Sí  No  Ocasionalmente   
Anteriormente

Ideación megalomaniaca  ideación mística  ideación erótica  ideación de perjuicio  ideación de persecución  ideación celotípica  ideación hipocondríaca

Ideación melancólica  ideación displacentera  ideación perlignóstica

- Pensamiento obsesivo  Sí  No  Ocasionalmente   
Anteriormente

❖ ***Alteración de la sensopercepción***

Alucinaciones  Sí  No  Ocasionalmente   
Anteriormente

Auditivas  Visuales  Cenestésicas  Gustativas  Olfativas

Alucinaciones hipnagógicas (al quedarse dormido)

Alucinaciones hipnopómpicas (al despertar)

TRASTORNO DE LA PERCEPCIÓN SENSORIAL	00122	
TRASTORNO DE LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO	00130	
DETERIORO DE LA MEMORIA	00131	
TEMOR	00148	
DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL	00051	
CONFUSIÓN AGUDA	00128	

### **PATRÓN VII: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO**

#### **❖ - Sentimientos respecto a sí mismo y hacia los demás**

Normalidad    Inferioridad    Superioridad    impotencia    Miedo    Ansiedad

Inutilidad    Culpabilidad    Rabia    Ambivalencia

#### **❖ - Alteración de la autoestima**      Sí   No

Sentimiento de incapacidad

Sentimiento de minusvalía

Sentimiento de desesperanza

#### **❖ - Percepción de su imagen personal**

Aceptación    Rechazo    Indiferencia

Distorsión: -Anorexia   -Bulimia   - Dismorfofobia

#### **❖ - Alteraciones de la vivencia del Yo**

Despersonalización

Desrealización

### **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL	00118	
BAJA AUTOESTIMA CRÓNICA	00119	
BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL	00120	
IMPOTENCIA	00125	

### **PATRÓN VIII: FUNCIÓN Y RELACIÓN**

#### **❖ *Patrones de interacción***

Aislado

Se integra fácilmente

Interacciona con otros solo cuando se le estimula

Toma la iniciativa e interacciona con otros de forma espontánea

Sus relaciones son de:  Igualdad  Dominación  Manipulación  Pasividad

Se relaciona mejor con:  personas del mismo sexo  personas del sexo contrario

#### **❖ *Reactividad Emocional***

Anestesia afectiva

Indiferencia afectiva

Perplejidad

Sentimiento de desvalorización/ruina/culpa

Labilidad afectiva

Rigidez afectiva

Embotamiento afectivo

❖ **Valoración de la comunicación/ patrón de interacción social**

ESTRUCTURA Y ROL FAMILIAR:

Vive solo/a     Vive acompañado/a    ¿Con quien?

\_\_\_\_\_

Rol desempeñado \_\_\_\_\_

▪ *Relaciones con la familia*

Se relaciona con su familia     Sí     No

¿Con

quien? \_\_\_\_\_

Se siente satisfecho de estas relaciones     Sí     No

Tiene problemas con la familia     Sí     No

¿Con

quien?

\_\_\_\_\_

¿Por

qué?

\_\_\_\_\_

▪ *Relaciones sociales*

Tiene contactos sociales     Sí     No     Nunca he tenido

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Se siente satisfecho de estas relaciones     Sí     No

En caso negativo, le gustaría tenerlos     Sí     No

¿Por qué? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



¿Qué tipo de relación le gustaría tener?

¿Las ha tenido anteriormente?  Sí  No

Prefiere actividades:  Individuales  Grupales

¿De qué tipo? \_\_\_\_\_

▪ *Formación y Ámbito laboral*

Nivel de estudios \_\_\_\_\_

Trabaja actualmente  Sí  No

Dónde \_\_\_\_\_

Ha trabajado anteriormente  Sí  No

Dónde \_\_\_\_\_

Cuánto tiempo \_\_\_\_\_

Se relaciona/relacionaba con los compañeros de trabajo

Sí  No

¿Tuvo dificultades con los compañeros de trabajo?  Sí  No

¿Cuáles? \_\_\_\_\_

### **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL	00051	
DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL	00052	
AISLAMIENTO SOCIAL	00053	
RIESGO DE SOLEDAD	00054	
RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS	00138	
INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES	00060	

**PATRÓN IX: SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN**

Pareja  Sí  No Hijos  Sí  No ¿Cuántos?\_\_\_\_\_

Problemas de diferenciación y/o identidad sexual: -  
\_\_\_\_\_

-Practica relaciones sexuales  Habitualmente  Esporádicamente  Nunca

-Disfunción sexual  Sí  No  
¿Cuál?\_\_\_\_\_

- Conoce los métodos anticonceptivos  Sí  No

Cuáles \_\_\_\_\_

-Utiliza métodos anticonceptivos  Sí  No

Cuáles \_\_\_\_\_

- Conocimiento acerca de las ETS  Sí  No

- Menstruación  Sí  No

-Fecha de la última menstruación \_\_\_\_\_

-Menopausia/ Climaterio  Sí  No

-Amenorrea  Sí  No

-Dismenorrea  Sí  No

Alteraciones menstruales de otro  
tipo\_\_\_\_\_

- Visitas periódicas ginecología  Sí  No

Última visita ginecología \_\_\_\_\_

-Visitas de control por Urología  Sí  No

Síndrome prostático  Sí  No

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

DISFUNCIÓN SEXUAL	00059	
PATRONES SEXUALES INEFECTIVOS	00065	
CONOCIMIENTOS DEFICIENTES SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	00126	

**PATRÓN X: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS**

❖ Tolerancia a la frustración

Adecuada

Inadecuada

¿Cómo reacciona ante las negativas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Grado de ansiedad  leve  moderado  severo

Relacionado con:  preocupaciones  miedos  culpas  celos  problemas laborales  problemas familiares  traumas previos  otros-

\_\_\_\_\_

- Canaliza/afrenta la ansiedad de forma:

Adecuada

- Utiliza técnicas de relajación
- Expresa adecuadamente sus temores y miedos
- Busca ayuda en los profesionales
- Inadecuada
- Excesivo cansancio
- Falta de apetito
- Ingesta alimentos
- Tabaquismo excesivo
- Consumo excesivo de alcohol
- Consumo de drogas
- USO excesivo de ansiolíticos
- Cambio en los patrones de comunicación
  - Agitación
  - Somatizaciones
  - Autoagresividad
  - Heteroagresividad

-¿Cuál de estos elementos está presente?:

Expectativas frustradas

### **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

ANSIEDAD	00146	
TEMOR	00148	
RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA	00140	
RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS	00138	
RIESGO DE SUICIDIO	00150	

### **PATRÓN XI: VALORES Y CREENCIAS**

Normas Culturales/Religiosas a tener en cuenta:

\_\_\_\_\_

¿Qué es lo más importante en su vida?

\_\_\_\_\_

Planes de futuro \_\_\_\_\_

Grado de satisfacción con su vida actual: \_\_\_\_\_

Como mejoraría su calidad de vida: \_\_\_\_\_

Otros datos de interés: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

SUFRIMIENTO ESPIRITUAL	00066	
RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL	00067	

**OBJETIVOS/ EXPECTATIVAS DEL USUARIO EN RELACIÓN AL CENTRO**

## **Anexo 2 – Escala de Goldberg**

### CRIBADO ANSIEDAD DEPRESION – ESCALA DE GOLDBERG

**Población diana:** Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión).

Los puntos de corte son mayor o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte  $\geq 6$ .

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

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

<b>SUBESCALA DE DEPRESIÓN</b>	<b>RESPUESTAS</b>	<b>PUNTOS</b>
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
<b>Puntuación Total</b> (Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		
<b>PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única)</b>		



**Anexo 3 – Cuestionario de Oviedo del sueño**

## CUESTIONARIO DE OVIEDO DEL SUEÑO

Población diana: Población general con trastornos depresivos. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en 3 subescalas: satisfacción subjetiva del sueño (ítem 1), insomnio (ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7) e hipersomnia (ítems 2-5, 8, 9). Los 2 ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño. Cada ítem se puntúa de 1 a 5, excepto el ítem 1 que se hace de 1 a 7. La subescala de insomnio oscila entre 9 y 45, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad de insomnio.

Durante el último mes:

1. ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

1	Muy insatisfecho
2	Bastante insatisfecho
3	Insatisfecho
4	Término medio
5	Satisfecho
6	Bastante satisfecho
7	Muy satisfecho

2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para...?

		Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
2.1	Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
2.2	Permanecer dormido	1	2	3	4	5
2.3	Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
2.4	Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
2.5	Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

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

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

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

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

Si normalmente se despertó Vd. piensa que se debe a... (Información clínica)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

	Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
a) Ronquidos	1	2	3	4	5
b) Ronquidos con ahogo	1	2	3	4	5
c) Movimientos de las piernas	1	2	3	4	5
d) Pesadillas	1	2	3	4	5
e) Otros	1	2	3	4	5

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

a	Ningún día
b	1-2 días/semana
c	3 días/semana
d	4-5 días/semana
e	6-7 día/semana

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

CATEGORIAS ÍTEMS PUNTOS

Satisfacción subjetiva del sueño Ítem 1

Insomnio Ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7

Hipersomnias Ítems 2-5, 8, 9

PUNTUACIÓN TOTAL

**Anexo 4 – Escala de suicidio (o aislamiento social) de Plutchick**

## ESCALA DE PLUTCHICK

Población diana: Población general, trastorno de la personalidad antisocial y tipo límite. Se trata de un cuestionario autoadministrado de 15 preguntas, con respuesta SI-NO. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems. El punto de corte propuesto son 6 puntos.

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que Vd. ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un "SI" o "NO".

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?

8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?

9. ¿Está deprimido/a ahora?

10. ¿Está Vd. separado/a, divorciado/a o viudo/a?

11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?

12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?

13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?

14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?

15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?

PUNTUACIÓN TOTAL

---

**Anexo 5- Cuestionario de Salud SF-36**

Su Salud y Bienestar

Por favor conteste las siguientes preguntas. Algunas preguntas pueden parecerse a otras pero cada una es diferente. Tómese el tiempo necesario para leer cada pregunta, y marque con una la casilla que mejor describa su respuesta. ¡Gracias por contestar a estas preguntas!

1. En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?:

Mucho mejor ahora que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Mucho peor ahora que hace un año
<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>5</sup>

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a <u>Esfuerzos intensos</u> , tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores. -----	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>
b <u>Esfuerzos moderados</u> , como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora. -----	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>
c Coger o llevar la bolsa de la compra. -----	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>
d Subir <u>varios</u> pisos por la escalera. -----	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>
e Subir <u>un sólo</u> piso por la escalera. -----	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>
f Agacharse o arrodillarse. -----	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>
g Caminar <u>un kilómetro o más</u> -----	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>
h Caminar varios centenares de metros. -----	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>
i Caminar unos 100 metros. -----	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>
j Bañarse o vestirse por sí mismo. -----	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c ¿Tuvo que <u>dejar de hacer algunas tareas</u> en su trabajo o en sus actividades cotidianas? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d ¿Tuvo <u>dificultad</u> para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a ¿Tuvo que <u>reducir el tiempo</u> dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas <u>por algún problema emocional</u> ? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b ¿Hizo <u>menos</u> de lo que hubiera querido hacer <u>por algún problema emocional</u> ? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas <u>menos cuidadosamente</u> que de costumbre, <u>por algún problema emocional</u> ? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno	Sí, muy poco	Sí, un poco	Sí, moderado	Sí, mucho	Sí, muchísimo
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6



8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
a se sintió lleno de vitalidad? .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
b estuvo muy nervioso? .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
c se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
d se sintió calmado y tranquilo? .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
e tuvo mucha energía? .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
f se sintió desanimado y deprimido? .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
g se sintió agotado? .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
h se sintió feliz? .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
i se sintió cansado? .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a Creo que me pongo enfermo más facilmente que otras personas .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Estoy tan sano como cualquiera .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Creo que mi salud va a empeorar .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Mi salud es excelente .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5