



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Fagofobia: plan de cuidados de enfermería
en la infancia y la adolescencia

Phagophobia: nursing care plan in children and
adolescents

Autor/es

LAURA CASADO GONZÁLEZ

Director/es

EVA BENITO RUIZ

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
AÑO ACADÉMICO 2020-2021

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	8
METODOLOGÍA	9
DESARROLLO	12
Valoración	12
Diagnóstico	14
Planificación	17
Ejecución	22
Evaluación	26
CONCLUSIÓN	27
BIBLIOGRAFÍA	28
ANEXOS	31
Anexo 1. Diferencias entre fagofobia y otros términos	31
Anexo 2. Diferencias en el tratamiento	32
Anexo 3. La familia y el tratamiento.....	33
Anexo 4. Tabla metodológica – artículos más relevantes.....	34
Anexo 5. 11 patrones Marjory Gordon	38
Anexo 6. Escala ansiedad Hamilton.....	39

RESUMEN

Introducción: La fagofobia o fobia a tragar es un tipo de trastorno fóbico en el cual se genera la fobia tras un episodio de atragantamiento del paciente o relativos. Actualmente se desconoce su prevalencia real, pero en los casos reportados se ve una mayor prevalencia del sexo femenino frente al masculino, ambos en la edad media de la vida. A pesar de ello, el trastorno suele ser más problemático en la infancia y adolescencia, durante la cual pueden aparecer errores diagnósticos con otras psicopatologías o incluso se pueden dar casos de comorbilidad con otros trastornos, por lo que un diagnóstico precoz es esencial para mejorar la calidad de vida del paciente en todos los aspectos.

Objetivo principal: Elaborar un Programa de Atención de Enfermería dirigido a población pediátrica con fagofobia de entre 5 y 14 años en una consulta de atención primaria que pueda ayudarlos a evolucionar favorablemente en el menor tiempo posible y en una perspectiva holística (emocional, psicológico, físico y con su entorno).

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica en bases de datos científicas, y posteriormente para la realización del programa de atención de enfermería se consultó la web NNNconsult.

Conclusiones: Los niños y adolescentes con fagofobia son un grupo de población cada vez más grande que se ven incomprendidos en innumerables ocasiones debido al desconocimiento de este trastorno y la poca información que hay sobre él, ya no solo por parte de la familia, sino también de profesionales sanitarios. Este plan de cuidados trata de manera holística los aspectos más vulnerables del paciente.

Palabras clave: "fagofobia", "disfagia psicógena", "fobia a tragar", "fobia a atragantarse", "infancia", "adolescencia".

ABSTRACT

Introduction: Phagophobia or swallowing phobia is a type of phobic disorder where the phobia is generated after a patient or relative choking episode. Nowadays its real prevalence is unknown, but in the reported cases there is a higher prevalence of the female gender compared to the male, both of them in the middle age of life. However, the disorder is usually more problematic in childhood and adolescence, during which diagnostic errors with other psychopathologies may appear or there may be cases of comorbidity with other disorders, so an early diagnosis is essential to improve the quality of life of the patient in all aspects.

Objective: Develop a Nursing Care Program aimed at pediatric population with phagophobia between 5 and 14 years of age in a primary care consultation that can help them to evolve favorably in the shortest time possible and in a holistic perspective (emotional, psychological, physical and with their environment).

Methodology: A bibliographic review was carried out in scientific databases, and afterwards, to carry out the nursing care program, the website NNNconsult was consulted.

Conclusions: Children and adolescents with phagophobia are an increasingly large population group that are misunderstood on countless occasions due to ignorance of this disorder and the little information there is about it, not only from the family, but also from healthcare professionals. This care plan holistically treats the most vulnerable aspects of the patient.

Key words: "phagophobia", "psychogenic dysphagia", "choking phobia", "swallowing phobia", "infant", "adolescent".

INTRODUCCIÓN

La fagofobia es un miedo intenso a tragar o a atragantarse con comida, bebida o pastillas, lo cual conduce a comportamientos de evitación y otros trastornos orgánicos y psicológicos (1). Es una fobia incluida en el DSM-IV-TR (2), dentro de las fobias específicas, y en el DSM-V (3) en la categoría de trastornos de alimentación por evitación/restricción (4,5).

Se han descrito pocos casos en la literatura científica internacional, de hecho, el primero reflejado data de 1978. Aunque se desconoce su prevalencia real al ser un trastorno poco común, sí se han realizado estudios en diferentes unidades de Salud Mental (6).

Según el estudio de Okada A. et al (7), de 314 pacientes ingresados durante 5 años en su unidad de Salud Mental, 6 padecían fobia a tragar.

Lucas-Taracena M. T. y Montañés-Rada F. (6) hicieron una revisión de 1978 hasta 2005 donde encontraron 41 casos descritos en Medline, del que sacaron conclusiones tales como una prevalencia en mujeres del 66% respecto a hombres y su alta comorbilidad con trastornos de ansiedad, destacando el trastorno de pánico en un 41%.

En el centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Corporació Parc Taulí (Sabadell, Barcelona) entre 2008 y 2016 se registraron 13 casos de fagofobia, donde otra vez, 2/3 partes eran mujeres, y su edad media estaba en los 10.2 años (8).

Este trastorno abarca todas las edades, siendo más frecuente su aparición en grupos de edad media (6), aunque también tiene una alta prevalencia en la etapa infanto-juvenil en la cual son destacables los errores diagnósticos con otras psicopatologías (5).

En la mayoría de los casos existe una situación previa de atragantamiento del paciente o una situación en la que este estaba presente (5,6), además de procesos médicos o cirugías que afectan al acto de tragar como traqueotomías. Esto crea un miedo irracional a atragantarse durante la

ingesta, acompañándose en ocasiones de ataques de pánico que se manifiestan con dificultad para respirar, sensación de cuerpo extraño en la garganta y tensión muscular (9). Sin embargo, también hay un porcentaje de pacientes que no tienen esta relación, y podría estar ligado a problemas de ansiedad o estresores vitales, ya que asocian el inicio de los síntomas a periodos de estrés académico, laboral o problemas en el núcleo familiar (10). Además, es común la comorbilidad con otros trastornos psicológicos como trastornos de pánico, depresión, patología obsesivo-compulsiva y ansiedad de separación (6).

Es importante no confundir la fobia a tragar con otros trastornos como globus, trastorno por regurgitación, aversión a la comida o anorexia nerviosa (AN), entre otros. Este último es en el que más errores diagnósticos existen y es importante diferenciar que en el tipo de fobia que estamos describiendo la percepción corporal no está alterada y temen al acto de comer, no a sus consecuencias como en el caso de la anorexia (anexo 1). Aún así está relacionado con la desnutrición, deshidratación, pérdida de peso y otros problemas psicológicos derivados de las conductas de evitación (11).

No existe un protocolo estandarizado para su diagnóstico, pero el primer paso a seguir es descartar cualquier patología física; muchos niños son vistos primero en las consultas de otorrinolaringología debido a la sensación de cuerpo extraño y problemas para tragar, lo cual hace saltar señales de alarma en los padres.

Al descartar dichas patologías son derivados al servicio de salud mental donde el diagnóstico se realiza de manera subjetiva mediante evaluación clínica y observación de las conductas del paciente (6).

En adultos puede verse aumentado el tiempo en acudir a la consulta ya que son conscientes de que sufren una patología psicológica, pero la fobia no es completamente restrictiva o aumenta y disminuye según estresores (6).

Barofsky y Fontaine (16) estudiaron pacientes que fueron diagnosticados con disfagia psicógena, siendo esta un sinónimo de fagofobia. Se les facilitaron dos cuestionarios, el SCL-90, que mide el malestar psicológico general, y el

EDI-2, cuya finalidad es el diagnóstico y seguimiento de trastornos de conducta alimentaria. Posteriormente compararon los resultados el SCL-90 con pacientes con disfagia por causas orgánicas y los del EDI-2 con pacientes con anorexia nerviosa. En este último se vio que todos puntuaban más bajo que los pacientes con AN. Sin embargo, en el SCL-90 la puntuación obtenida fue más elevada que los pacientes con disfagia orgánica en los apartados de ansiedad, depresión, gravedad y en sensibilidad interpersonal.

En cuanto al tratamiento, se basa en la terapia cognitivo conductual ya que es la que ha dado mejores resultados con remisiones completas en poco tiempo, combinada o no con fármacos como benzodiazepinas o antidepresivos (12, 13, 14, 15).

En la revisión de Lucas-Taracena y Montañés-Rada (6) se explica la diferencia de remisión completa según el tipo de tratamiento. Se demuestra que lo más satisfactorio fue el tratamiento solo con fármacos con un 72,7% de remisiones, aunque no se especifica la duración de dicho tratamiento. Por otra parte, las terapias únicas con TCC han demostrado un porcentaje de remisiones de un 59% en una media de 2,4 meses. Sin embargo, las peores cifras las encontramos en la terapia combinada de TCC con fármacos, con un 37,5%, aunque esto puede ser debido a que se aplica en casos más graves que requieren más seguimiento (anexo 2).

Cabe recalcar la importancia que la familia tiene en este proceso, la cual también va a ser incluida en el tratamiento del paciente conociendo los puntos básicos del manejo de la conducta (17) (anexo 3).

El papel de enfermería en este trastorno es muy relevante tanto en el momento del diagnóstico como en el tratamiento, ya que va a ser la que identifique los comportamientos evitativos y restrictivos, la gravedad del caso, ayudará a la familia a adaptarse a la terapia y resolverá todas sus dudas (1,5).

Va a realizar también actividades educativas tales como el manejo de la ansiedad mediante técnicas de relajación como la relajación muscular progresiva, ayudar a conocer mejor el trastorno y cómo controlarlo, y como llevar su nutrición de manera adecuada durante el proceso de tratamiento.

En muchos casos la existencia de un problema psicológico es ignorada y las familias fuerzan a sus hijos a comer ya que consideran la situación como una fase rebelde en el niño. Esto puede llegar a incrementar los síntomas y la ansiedad, exacerbando así su miedo y creando un círculo vicioso.

En los padres vamos a ver dos tipos de conductas diferentes, pero igual de comunes, que conllevan a un tratamiento mucho más complejo, además de la comorbilidad con otros problemas orgánicos ya mencionados.

Por un lado, vamos a encontrar comportamientos de consentimiento hacia el niño, proporcionando aquellos alimentos que sí tolere, y por otro, tenemos comportamientos de autoridad hacia este, obligando a comer de todo y con castigos, si no se diera el caso. Ambas son conductas problemáticas para el niño, y van a hacer aumentar su ansiedad y estrés (7).

Por estos motivos, se considera de especial relevancia la realización de un Programa de Atención de Enfermería (PAE) para niños y adolescentes que sufran este trastorno, que por ende conseguirá un abordaje holístico de los aspectos más vulnerables del paciente y de la familia.

OBJETIVOS

Objetivo principal:

- Elaborar un Programa de Atención de Enfermería dirigido a población pediátrica con fagofobia de entre 5 y 14 años en una consulta de atención primaria que pueda ayudarlos a evolucionar favorablemente en el menor tiempo posible y en una perspectiva holística (emocional, psicológico, físico y con su entorno).

Objetivos específicos:

- Mejorar la calidad de vida del paciente para que pueda desarrollar sus actividades básicas de la vida diaria sin complicaciones.
- Formar al personal de enfermería para que puedan difundir una información adecuada a este tipo de pacientes e identificar el trastorno precozmente para una rápida actuación en el tratamiento.
- Disminuir la ansiedad tanto del niño como del cuidador.
- Proporcionar herramientas para ayudar a la familia a conocer y comprender el trastorno y así integrarla en el proceso de tratamiento del paciente.

METODOLOGÍA

En este trabajo se ha realizado un Programa de Atención de Cuidados de Enfermería en niños y adolescentes con fagofobia para obtener una actualización y análisis del tema.

Para ello, se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando bases de datos tales como Pubmed, Science Direct, Scielo, Dialnet y Elsevier, y así obtener estudios, casos clínicos, revisiones bibliográficas y PAE en pacientes con fagofobia (anexo 4).

Las palabras clave utilizadas han sido: "fagofobia", "disfagia psicógena", "fobia a tragar", "fobia a atragantarse", "infancia", "adolescencia", "phagophobia", "psychogenic dysphagia", "choking phobia", "swallowing phobia", "infant", "adolescent".

Para realizar una búsqueda más precisa, también se han utilizado operadores booleanos como "AND", "OR" y "NOT", que realizan funciones de nexo, alternativa o exclusión.

Los criterios de inclusión en la búsqueda han sido artículos que incluían la opción de texto completo, inglés o español, y artículos de menos de 20 años, además de hacer especial hincapié en los que abarcaban población pediátrica. Siendo por lo tanto los de exclusión los que no cumplían los criterios previamente mencionados. Cabe destacar alguna excepción en estos filtros debido a la relevancia de algunos artículos y la escasa información que hay sobre el tema.

Para la elaboración del PAE se ha seguido el modelo enfermero, basado en el modelo de necesidades de Marjory Gordon, ya que en atención primaria los planes de cuidados se realizan en base a este. La taxonomía utilizada ha sido North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), Nursing Interventions Classification (NIC) y Nursing Outcomes Classification (NOC).

La revisión bibliográfica se realizó de febrero a marzo de 2021, y queda resumida en la siguiente tabla:

Tabla 1. Revisión bibliográfica

BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS REVISADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
PUBMED	"phagophobia"	11	8	4
	"choking" AND "phobia"	30	12	3
	"psychogenic" AND "dysphagia"	24	11	2
SCIENCE DIRECT	"choking" AND "phobia"	2	2	1
SCIELO	"phagophobia"	2	2	1
	"choking" AND "phobia"	3	3	1
DIALNET	"choking" AND "phobia"	6	6	4
CUIDEN	"fobia" AND "tragar"	1	1	1

Fuente: elaboración propia

Además, se añade un diagrama de Gantt en el que se pueden ver las diferentes fases en las que este trabajo ha sido elaborado.

Las casillas naranjas son lo planeado inicialmente, y lo amarillo corresponde con lo realizado finalmente.

Tabla 2. Diagrama de Gantt

	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
ELECCIÓN DEL TEMA				
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA				
INTRODUCCIÓN				
OBJETIVOS				
METODOLOGÍA				
PAE				
CONCLUSIONES				
BIBLIOGRAFÍA				
ÍNDICE Y RESUMEN				

Fuente: elaboración propia

DESARROLLO

VALORACIÓN

Se siguen los 11 patrones funcionales de Marjory Gordon (anexo 5) para evaluar a la población pediátrica de 5 a 14 años con fagofobia en el centro de salud José Ramón Muñoz Fernández de Zaragoza. En la siguiente tabla se señalan las posibles alteraciones en cada uno de ellos.

Tabla 3. Patrones funcionales

PATRÓN	ALTERACIÓN
1: Percepción y manejo de la salud	Alterado; la persona es capaz de identificar que sufre un trastorno y puede pedir ayuda a familiares y profesionales
2: Nutricional – metabólico	Alterado; es de los más importantes sobretodo a nivel físico debido a la posible desnutrición y deshidratación resultantes de las conductas evitativas, además de la obvia pérdida de peso
3: Eliminación	Alterado; en algunas situaciones por diarrea o estreñimiento debido al aporte inadecuado de comida o exceso de alimentos líquidos
4: Actividad – ejercicio	Alterado si hay una disminución de las actividades debido a la incapacidad de alimentación fuera del hogar o preocupación excesiva con la disminución de su peso
5: Sueño – descanso	No se ve alterado normalmente, aunque se pueden dar situaciones de ansiedad derivadas del trastorno que perjudiquen el descanso
6: Cognitivo – perceptivo	Alterado; es la fobia en sí, el miedo irracional a atragantarse durante la ingesta
7: Autopercepción – autoconcepto	Alterado debido a los cambios que se producen en el cuerpo por el déficit calórico que soportan estos pacientes; algunos manifiestan no sentirse bien con su cuerpo, o incluso sentimientos de fracaso personal al no conseguir los objetivos terapéuticos

8: Rol - relaciones	Alterado; las personas que sufren este trastorno tienen conductas evitativas y tienden a limitar las reuniones sociales en las que incluyan tener que ingerir alimentos. A veces también se ven incomprendidos por parte de la familia, ya que pueden subestimar la gravedad de su trastorno o confundirlo con otro
9: Sexualidad y reproducción	No alterado
10: Adaptación - tolerancia al estrés	Alterado; aparecen claros signos y síntomas de ansiedad (palpitaciones, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, etc.) y conductas de evitación
11: Valores y creencias	No alterado

Fuente: elaboración propia

DIAGNÓSTICO

Durante la valoración de las necesidades de Marjory Gordon se han hallado diferentes problemas a tratar mediante los diagnósticos de enfermería (18), los cuales se resumen en las siguientes tablas, para ser desarrollados posteriormente en la fase de planificación y ejecución.

Se han priorizado los diagnósticos que fueran útiles para el control y disminución de la ansiedad, ya que de esta manera se podrá tratar al paciente de una manera holística, y no centrándose solo en el problema físico que sería la desnutrición.

A continuación, se añaden los diagnósticos seleccionados a modo resumen.

Tabla 4. Diagnóstico 1

[00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c trastorno psicológico m/p incapacidad percibida para ingerir los alimentos

NOC	NIC
[1853] Conocimiento: manejo del trastorno de la alimentación <u>Indicador:</u> [185318] Estrategias para disminuir la preocupación por los alimentos	[1100] Manejo de la nutrición <u>Actividad:</u> Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales

Fuente: elaboración propia

Tabla 5. Diagnóstico 2

[00074] Afrontamiento familiar comprometido r/c comprensión insuficiente del paciente por la persona de referencia m/p el paciente expresa una queja por la respuesta de la persona de referencia al problema de salud y/o la persona de referencia manifiesta preocupación por las propias reacciones ante las necesidades del paciente

NOC	NIC
<p>[2605] Participación de la familia en la asistencia sanitaria</p> <p><u>Indicador:</u> [260504] Obtiene la información necesaria</p>	<p>[7110] Fomentar la implicación familiar</p> <p><u>Actividad:</u> Facilitar la comprensión de los aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia</p>

Fuente: elaboración propia

Tabla 6. Diagnóstico 3

[00148] Temor r/c respuesta a estímulos fóbicos m/p conductas de evitación y anorexia

NOC	NIC
<p>[1213] Nivel de miedo: infantil</p> <p><u>Indicador:</u> [121316] Conducta de evitación</p>	<p>[5820] Disminución de la ansiedad</p> <p><u>Actividad:</u> Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación</p>

Fuente: elaboración propia

Tabla 7. Diagnóstico 4

[00126] Conocimientos deficientes r/c información insuficiente m/p conducta inapropiada

NOC	NIC
<p>[1814] Conocimiento: procedimiento terapéutico</p> <p><u>Indicador:</u> [181401] Procedimiento terapéutico</p>	<p>[5580] Información preparatoria: sensorial</p> <p><u>Actividad:</u> Relacionar las sensaciones con su causa cuando no puede ser evidente por sí misma</p>

Fuente: elaboración propia

PLANIFICACIÓN

Se utiliza la taxonomía NANDA: NOC y NIC para desarrollar objetivos e intervenciones incluidos en el plan de cuidados.

A nivel de atención primaria, para dar a conocer el programa, se realizará un póster que quedará expuesto en los centros de salud y consultas de salud mental, además de facilitar a los diferentes profesionales de la salud un folleto informativo que podrán recoger en admisión del centro de salud con las pautas para poder reconocer el trastorno, a quién derivar al paciente, y cómo tratarlo desde enfermería. Para llegar al resto de profesionales implicados se difundirá toda la información a través de Intranet mediante el correo corporativo.

[00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c trastorno psicológico m/p incapacidad percibida para ingerir los alimentos

Definición: Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas

OBJETIVOS (NOC)

Tabla 8. NOC e indicadores en el diagnóstico de desequilibrio nutricional

NOC	INDICADORES DE RESULTADO	NIVEL INICIAL	NIVEL ESPERADO
[1853] Conocimiento: manejo del trastorno de la alimentación	[185316] Estrategias para manejar el estrés	1	5
	[185318] Estrategias para disminuir la preocupación por los alimentos	1	5
[1010] Estado de deglución	[101009] Duración de la comida respecto a la cantidad consumida	1	5
	[101016] Acepta la comida	1	5

Fuente: elaboración propia

INTERVENCIONES (NIC)

Tabla 9. NIC en el diagnóstico de desequilibrio nutricional

NIC

[1460] Relajación muscular progresiva

[1100] Manejo de la nutrición

Fuente: elaboración propia

[00074] Afrontamiento familiar comprometido r/c comprensión insuficiente del paciente por la persona de referencia m/p el paciente expresa una queja por la respuesta de la persona de referencia al problema de salud y/o la persona de referencia manifiesta preocupación por las propias reacciones ante las necesidades del paciente

Definición: Una persona de referencia que habitualmente brinda apoyo proporcionando confort, ayuda o estímulo, o una asistencia o estímulo necesario para que el paciente maneje o domine las tareas adaptativas relacionadas con su cambio en la salud, lo hace de manera insuficiente o ineficaz, o dicho apoyo se ve comprometido.

OBJETIVOS (NOC)

Tabla 10. NOC e indicadores en el diagnóstico de afrontamiento familiar comprometido

NOC	INDICADORES DE RESULTADO	NIVEL INICIAL	NIVEL ESPERADO
[2605] Participación de la familia en la asistencia sanitaria	[260504] Obtiene la información necesaria	1	5
	[260502] Participa en la prestación de la asistencia	1	5

[1803] Conocimiento: proceso de la enfermedad	[180313] Efecto psicosocial de la enfermedad sobre uno mismo	1	5
	[180308] Estrategias para minimizar la progresión de la enfermedad	1	5

Fuente: elaboración propia

INTERVENCIONES (NIC)

Tabla 11. NIC en el diagnóstico de afrontamiento familiar comprometido

NIC

[7110] Fomentar la implicación familiar

[7200] Fomentar la normalización familiar

Fuente: elaboración propia

[00148] Temor r/c respuesta a estímulos fóbicos m/p conductas de evitación y anorexia

Definición: Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro

OBJETIVOS (NOC)

Tabla 12. NOC e indicadores en el diagnóstico de temor

NOC	INDICADORES DE RESULTADO	NIVEL INICIAL	NIVEL ESPERADO
[1704] Creencias sobre la salud:	[170414] Percepción de amenaza de muerte	1	5

percepción de amenaza	[170405] Gravedad percibida de la enfermedad	1	5
[1213] Nivel de miedo: infantil	[121316] Conducta de evitación	1	5
	[121308] Pérdida de peso	1	5

Fuente: elaboración propia

INTERVENCIONES (NIC)

Tabla 13. NIC en el diagnóstico de temor

NIC
[4700] Reestructuración cognitiva
[5820] Disminución de la ansiedad

Fuente: elaboración propia

[00126] Conocimientos deficientes r/c información insuficiente m/p conducta inapropiada

Definición: Carencia de información cognitiva relacionada con un tema específico, o su adquisición.

OBJETIVOS (NOC)

Tabla 14. NOC e indicadores en el diagnóstico de conocimientos deficientes

NOC	INDICADORES DE RESULTADO	NIVEL INICIAL	NIVEL ESPERADO
	[186201] Factores que causan estrés	1	5

[1862] Conocimiento: manejo del estrés	[186202] Factores que aumentan el estrés	1	5
[1814] Conocimiento: procedimiento terapéutico	[181401] Procedimiento terapéutico	1	5
	[181402] Propósito del procedimiento	1	5

Fuente: elaboración propia

INTERVENCIONES (NIC)

Tabla 15. NIC en el diagnóstico de conocimientos deficientes

NIC

[5580] Información preparatoria: sensorial

[5618] Enseñanza: procedimiento/tratamiento

Fuente: elaboración propia

EJECUCIÓN

Los profesionales enfermeros de pediatría de atención primaria del centro de salud José Ramón Muñoz Fernández de Zaragoza, que pertenece al sector II, serán los encargados de realizar las intervenciones propuestas junto con el paciente, niños y adolescentes de entre 5 y 14 años que sufran fobia a tragar, y su familia, para así conseguir los objetivos previamente determinados. Se tratará al paciente desde una perspectiva biopsicosocial, tanto los síntomas físicos como puede ser la pérdida de peso, como el problema psicológico como tal, y la relación consigo mismo y su entorno.

Además, también intervendrán el resto de profesionales de atención primaria que puedan contribuir y hacer el proceso mucho más satisfactorio, pudiendo derivar al paciente a la unidad especial de salud mental del hospital Miguel Servet si fuera necesario.

Para realizar lo mencionado previamente, serán necesarias varias sesiones en la consulta de enfermería, cuyo número variará según la gravedad del paciente, donde serán llevadas a cabo las actividades propuestas en los NIC.

Tabla 16. NIC y actividades realizadas en la ejecución

NIC	ACTIVIDADES
[1460] Relajación muscular progresiva	<ul style="list-style-type: none">- Explicar el propósito y el procedimiento de la técnica al paciente- Elegir un ambiente tranquilo y cómodo- Indicar al paciente que se siente en una silla reclinable o que se acueste en una superficie cómoda- Instruir al paciente para que asuma una actitud pasiva centrándose en lograr la relajación en músculos específicos del cuerpo y evite enfocarse en cualquier otro pensamiento

	<ul style="list-style-type: none"> - Indicar al paciente que respire profundamente con el abdomen, aguante unos segundos y luego exhale lentamente - Hacer que el paciente tense sistemáticamente, durante 5-10 segundos, cada uno de los 8-16 grupos musculares principales progresivamente desde la cabeza a los dedos de los pies. - Realizar la comprobación periódica con el paciente para asegurarse de que el grupo de músculos está relajado - Terminar la sesión de relajación de forma gradual
[1100] Manejo de la nutrición	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales - Ajustar la dieta según sea necesario - Proporcionar un ambiente óptimo para el consumo de comida - Monitorizar las calorías y la ingesta alimentaria
[7110] Fomentar la implicación familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Crear una cultura de flexibilidad para la familia - Identificar las expectativas de los miembros de la familia respecto del paciente - Animar a los miembros de la familia y al paciente a ayudar a desarrollar un plan de cuidados, incluidos los resultados esperados y la implantación del plan de cuidados - Facilitar la comprensión de los aspectos médicos del estado del paciente a los miembros de la familia - Identificar la percepción por parte de los miembros de la familia de la situación y los

		<p>sucesos desencadenantes, sentimientos del paciente y conductas de este</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informar a los miembros de la familia de los factores que pueden mejorar el estado del paciente
[7200]	Fomentar la normalización familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar a la familia a aceptar la condición del niño - Ayudar a la familia a que vea al niño afectado primero como a un niño, en lugar de como a una persona enferma crónica o discapacitada - Animar a los progenitores a que hagan parecer al niño lo más normal posible - Ayudar a la familia a evitar situaciones potencialmente embarazosas con el niño - Determinar la accesibilidad y la capacidad del niño para participar en actividades
[4700]	Reestructuración cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a cambiar afirmaciones personales irracionales por otras racionales - Ayudar al paciente a identificar los factores estresantes percibidos que contribuyen a su estrés - Ayudar al paciente a reconocer la irracionalidad de ciertas creencias comparándolas con la verdadera realidad - Ayudar al paciente a identificar el sistema de creencias que afecta a su estado de salud - Utilizar el sistema de creencias habitual del paciente para ver la situación de manera distinta
[5820]	Disminución de la ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> - Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante - Reforzar el comportamiento, según corresponda

		<ul style="list-style-type: none"> - Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad - Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación - Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina - Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, según corresponda
[5580]	Información preparatoria: sensorial	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar la secuencia de eventos y describir el entorno asociado con el procedimiento/tratamiento - Relacionar las sensaciones con su causa cuando no puede ser evidente por sí misma - Presentar las sensaciones y el procedimiento/tratamiento en la secuencia que más probablemente se presentará
[5618]	Enseñanza: procedimiento/tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento - Informar al paciente sobre la forma en que puede ayudar en la recuperación - Determinar las expectativas del procedimiento/tratamiento por parte del paciente - Incluir a la familia/allegados, si resulta oportuno

Fuente: elaboración propia

EVALUACIÓN

Esta última parte del PAE es fundamental ya que se realiza una evaluación de los resultados obtenidos durante todo el proceso, y se confirma si se han conseguido los objetivos propuestos al inicio.

Para ello primero se realiza una evaluación inicial teniendo en cuenta los indicadores de los NOC relacionados para así poder ver en qué estado se encuentra el paciente del 1 al 5, con ayuda también de la escala Hamilton de la ansiedad (anexo 5), que aportará información sobre el grado de ansiedad del paciente en el momento de la primera consulta; posteriormente, a final de cada mes se evalúan las actividades realizadas de la misma manera, y se comparan ambos indicadores y escalas con las realizadas en la evaluación inicial.

Además, durante el proceso de atención de enfermería se continúa con la fase de valoración ya que es una fase que está presente durante todo el proceso debido a la posible complicación de algún diagnóstico o la existencia de otros nuevos.

CONCLUSIÓN

Los pacientes con fagofobia, y en concreto los niños y adolescentes, son un grupo de población cada vez más grande que en ocasiones son incomprendidos tanto por la sociedad como por ellos mismos y sus familias, que tienen que cargar además con otras psicopatologías a consecuencia de dicho trastorno.

Este PAE brinda los medios necesarios para que los profesionales de enfermería puedan tratar este tipo de pacientes, conocer más sobre ellos y su trastorno, actuando holísticamente sobre su salud física, su salud mental y su familia, y poder aportar unos cuidados de calidad y la educación para la salud pertinente, consiguiendo una mejora en el menor tiempo posible. Además, es el primer escalón en la identificación precoz del trastorno, lo cual conlleva cuantiosas facilidades en el tratamiento y una mejora de la calidad de vida del paciente, gracias a la disminución de la ansiedad, tratamiento de la desnutrición y la pertinente información e implicación de la familia.

Aún así, cabe destacar la falta de información y actualización que hay sobre el tema, y la similitud que tiene con otros trastornos psicósomáticos que conllevan a errores en su diagnóstico, siendo necesario realizar abundantes estudios sobre este, y así poder dotar a los profesionales sanitarios de una mejor cualificación y actuación en estos casos.

BIBLIOGRAFÍA

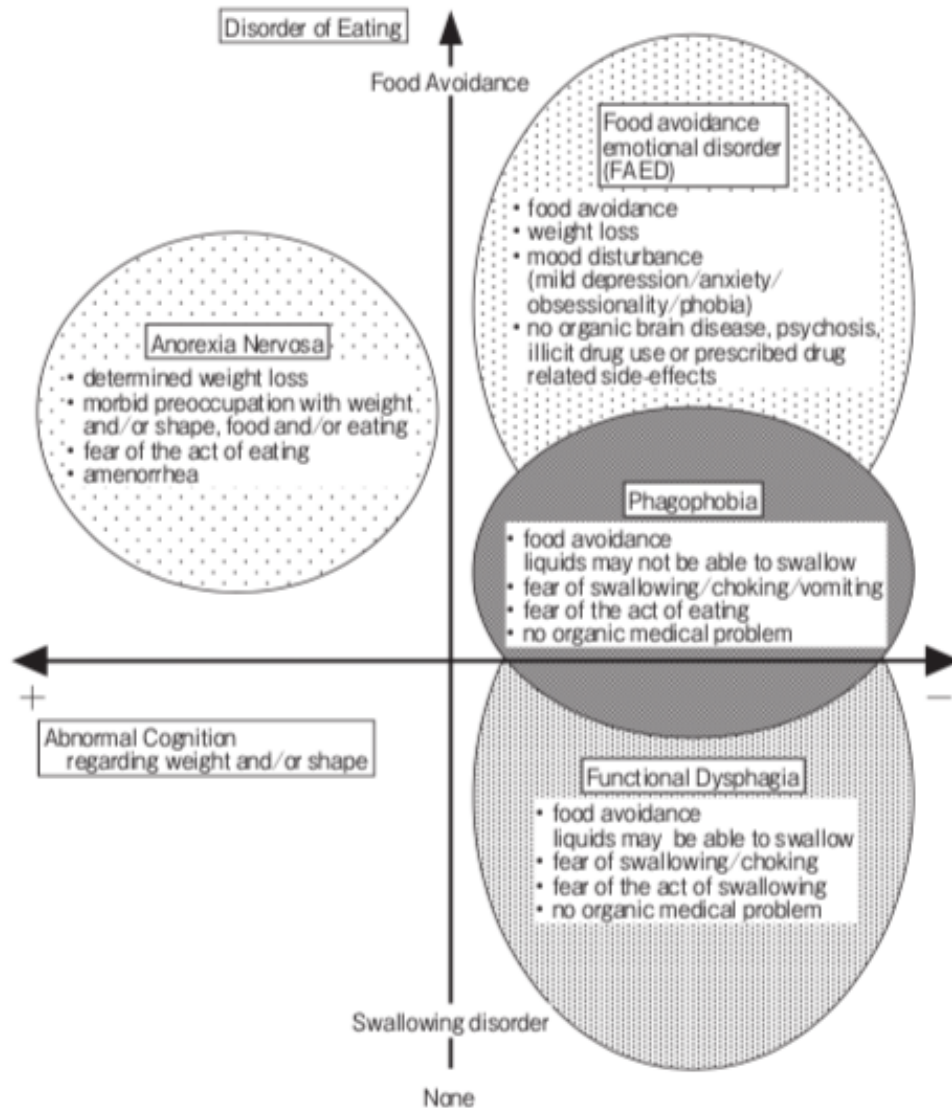
1. Torralbas-Ortega J, et al. Fobia a tragar: Plan de cuidados en la infancia y adolescencia. Enfermería Clínica [Internet]. 2012 [consultado el 21 febrero 2021]; 22(4):224-230. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-fobia-tragar-plan-cuidados-infancia-S1130862112000472>
2. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales [Internet]. 4ª ed. American Psychiatric Association; 1952 [consultado 22 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
3. DSM-5 Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales [Internet]. 5ª ed. American Psychiatric Association; 2018 [consultado 22 febrero 2021]. Disponible en: https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Update_octubre2018_es.pdf
4. LeBeau R, et al. Specific phobia: a review of DSM-IV specific phobia and preliminary recommendations for DSM-V. Depression and Anxiety [Internet]. 2010 [consultado el 22 febrero 2021]; 27(2):148-167. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20099272/>
5. Torralbas-Ortega J, et al. Enfermería en el tratamiento de la fobia a tragar en la infancia y la adolescencia: una revisión bibliográfica. Revista de Enfermería y Salud Mental [Internet]. 2017 [consultado el 21 febrero 2021]; (6):13-21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6257823>
6. de Lucas Taracena M, Montañés Rada F. Fobia a tragar: clínica, diagnóstico y tratamiento [Internet]. Dialnet. 2006 [consultado el 21 febrero 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2143583>
7. Okada A, et al. A study of psycho-pathology and treatment of children with phagophobia. Acta Med Okayama [Internet]. PubMed. 2007 [consultado el 21 febrero 2021]; 61(5):261-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17971843/>

8. Ortega J, et al. Diagnóstico y tratamiento de la fobia a tragar en la infancia y adolescencia: estudio de casos. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes [Internet]. Dialnet. 2018 [consultado el 21 febrero 2021]; 1(5):44-49. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6272825>
9. Lopes R, Melo R, Curral R, Coelho R, Roma-Torres A. A case of choking phobia: towards a conceptual approach [Internet]. Pubmed. 2014 [consultado el 23 febrero 2021]; 19(1):125-31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23888402/>
10. Sahoo S, Hazari N, Padhy S. Choking Phobia: An Uncommon Phobic Disorder, Treated with Behavior Therapy: A Case Report and Review of the Literature. Shanghai Arch Psychiatry [Internet]. PubMed. 2016 [consultado el 23 febrero 2021]; 28(6):349-352. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28638212/>
11. Scemes S, Wielenska R, Savoia M, Bernik M. Choking phobia: full remission following behavior therapy. Revista Brasileira de Psiquiatria [Internet]. 2009 [consultado el 22 febrero 2021]; 31(3):257-260. Disponible en: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462009000300012&lng=en&lng=en
12. Gómez Mayorga M, del Barrio M. Tratamiento de fobia a tragar: estudio de un caso [Internet]. UNED. 2002 [consultado el 23 febrero 2021]. Disponible en: <http://e-spacio.uned.es/fez/view/bibliuned:AccionPsicologica2002-numero3-0006>
13. Chorpita B, Vitali A, Barlow D. Behavioral treatment of choking phobia in an adolescent: An experimental analysis. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry [Internet]. 1997 [consultado el 21 febrero 2021]; 28(4):307-315. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S00057916970027X>
14. Wolitzky-Taylor K, Horowitz J, Powers M, Telch M. Estrategias psicológicas en el tratamiento de fobias específicas: Un metanálisis [Internet]. Dialnet. 2010 [consultado el 22 febrero 2021]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3626200>

15. Torralbas-Ortega J, et al. Diagnóstico y tratamiento de la fobia a tragar en la infancia y adolescencia: estudio de casos. Revista de psicología clínica con Niños y Adolescentes [Internet]. 2018 [consultado el 24 febrero 2021]; 5(1):44-49. Disponible en: http://www.revistapcna.com/sites/default/files/6_2.pdf
16. Barofsky I, Fontaine K. Do Psychogenic Dysphagia Patients Have an Eating Disorder?. Dysphagia [Internet]. Pubmed. 1998 [consultado el 24 febrero 2021]; 13(1):24-27. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9391226/#:~:text=These%20findings%20suggest%20that%20PDPs,of%20psychological%20distress%2C%20particularly%20anxiety.>
17. Baijens L, Koetsenruijter K, Pilz W. Diagnosis and Treatment of Phagophobia: A Review. Dysphagia [Internet]. 2013 [consultado el 21 febrero 2021]; 28(2):260-270. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23446813/>
18. NNNConsult [Internet]. Barcelona: Elsevier [consultado el 4 marzo 2021]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>
19. (Anexo 5) Patrones Funcionales Marjory Gordon [Internet]. Enfermería Creativa. [consultado el 12 marzo 2021]. Disponible en: <https://enfermeriacreativa.com/galeria/11-patrones-funcionales/>
20. (Anexo 6) Cibersam. [Internet] Madrid: Banco de Instrumentos y metodologías en Salud Mental. 2015 [consultado el 5 de abril de 2021]. Disponible en: <https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=HARS.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1. DIFERENCIAS ENTRE FAGOFOBIA Y OTROS TÉRMINOS



(7) Fuente: Okada A, et al. A study of psycho-pathology and treatment of children with phagophobia. *Acta Med Okayama* [Internet]. PubMed. 2007 [consultado el 21 febrero 2021]; 61(5):261-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17971843/>

ANEXO 2. DIFERENCIAS EN EL TRATAMIENTO

Tabla 2	Diferencias según el tratamiento utilizado		
	Fármacos solos	TCC solo	Fármacos + TCC
Número de casos	11	22	8
Edad	42,5 ± 18,2 años	28,95 ± 19,81 años	22,6 ± 14,8 años
Rango de edades	20-78 años	8-75 años	9-42 años
Tiempo de evolución previa (TEV)	51 ± 86 meses	71,4 ± 97,3 meses	4,78 ± 3,54 meses
Rango de TEV	2-240 meses	1,5-360 meses	1,25-12 meses
Tiempo para mejorar (TM)	1 mes*	2,4 ± 0,8 meses**	5,7 ± 5,8 meses***
Rango de TM	1 mes*	1-3 meses**	1-18 meses***
Tiempo de seguimiento (TS)	No hay datos	4,3 ± 15,7 meses	13,6 ± 14,7 meses
Rango de TS	No hay datos	0-16 meses	1-24 meses
Porcentaje de remisiones completas	72,7%	59%	37,5%
Porcentaje de mujeres	90,9%	50%	75%

*Sólo datos de seguimiento de un caso (n= 1). **Sólo datos de seguimiento de nueve casos. ***Sólo datos de seguimiento de siete casos. TCC: tratamiento cognitivo-conductual.

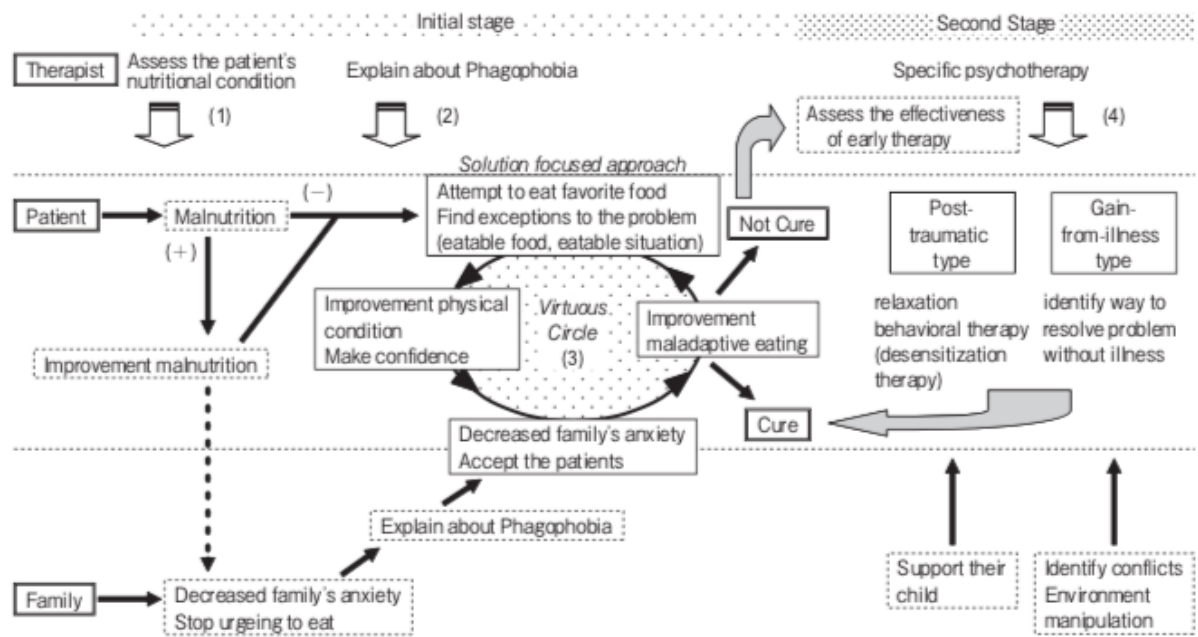
(6) Fuente: de Lucas Taracena M, Montañés Rada F. *Fobia a tragar: clínica, diagnóstico y tratamiento [Internet]. Dialnet. 2006 [consultado el 21 febrero 2021].*

Disponible

en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2143583>

ANEXO 3. LA FAMILIA Y EL TRATAMIENTO



(7) Fuente: Okada A, et al. A study of psycho-pathology and treatment of children with phagophobia. Acta Med Okayama [Internet]. PubMed. 2007 [consultado el 21 febrero 2021]; 61(5):261-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17971843/>

ANEXO 4. TABLA METODOLÓGICA – ARTÍCULOS MÁS RELEVANTES

	TÍTULO Y AÑO	LUGAR	OBJETIVOS	METODOLOGIA TIPO DE ESTUDIO	RESULTADOS PPALES	DISCUSIÓN CONCLUSIÓN
1	Fobia a tragar: plan de cuidados en la infancia y adolescencia (2012)	Sabadell, Barcelona	determinar las principales características clínicas y cuidados de enfermería en la terapéutica de la fobia a la deglución, en el caso específico de niños y adolescentes	PAE	Se consiguieron resultados en 20-30 días, con alta hospitalaria	Papel fundamental de enfermería en la valoración de la sintomatología y en el diagnóstico
2	Enfermería en el tratamiento de la fobia a tragar en la infancia y la adolescencia: una	Sabadell, Barcelona	Determinar la clínica y el tratamiento en niños y adolescentes	Revisión bibliográfica	Más común en mujeres en la etapa infantil, comorbilidad con ansiedad, tratamiento TCC y fármacos	Indispensable el dx diferencial y el conocimiento por atención primaria

	revisión bibliográfica (2017)					
3	Fobia a tragar: clínica, diagnóstico y tratamiento (2006)	Madrid	Mayor atención a la patología por complicaciones físicas y psiquiátricas importantes	Revisión bibliográfica	Más común en mujeres, comorbilidad con ansiedad y otros trastornos. TCC y fármacos	Necesarios estudios sistemáticos para detectar la patología y diseñar mejores estrategias terapéuticas
4	A Study of Psychopathology and Treatment of Children with Phagophobia (2007)	Okayama	dilucidar la psicopatología y la terapia actual para la fagofobia mediante el análisis de estudios de casos	Estudio de casos	Diferenciar anorexia nerviosa con fagofobia Tratamiento	En los últimos años ha aumentado el número de pacientes con problemas de conducta alimentaria y la fagofobia es uno de ellos.
5	Diagnóstico y tratamiento de la fobia a tragar en la infancia y	Sabadell, Barcelona	determinar y describir las principales características clínicas y terapéuticas de los	Estudio de casos	Edad media, tendencia familiar, tratamientos	El diseño y elaboración de un protocolo asistencial del trastorno facilitaría una homogeneidad en la

	adolescencia: estudio de casos (2018)		casos identificados de fobia a la deglución en niños y adolescentes			valoración, evaluación y tratamiento del problema
6	A case of choking phobia: towards a conceptual approach (2013)	Oporto	Incrementar el conocimiento y contribuir a un mejor entendimiento de su psicopatología	Estudio de casos	Una cuidadosa anamnesis es muy necesaria, medicamentos y técnicas efectivas	Se necesita más investigación, un diagnóstico temprano es muy importante
7	Choking phobia: an uncommon phobic disorder, treated with behavior therapy: A case report and review of the literature (2016)	Shanghai	Enseñar un caso donde la terapia cognitivo conductual fue exitosa	Caso clínico	Dos tipos: post-traumática y enfermedad	No solo ocurre tras un episodio de atragantamiento del paciente

8	Miedo al atragantamiento: ¿trastorno alimentario o fobia específica? (2010)	Valladolid	No confundir este trastorno con otros como anorexia nerviosa	Caso clínico	Comorbilidad con otros trastornos, tratamiento precoz	Fundamental que los especialistas de pediatría conozcan este cuadro y papel fundamental de psiquiatría
9	Do Psychogenic Dysphagia Patients Have an Eating Disorder? (1998)	Baltimore, Maryland, EEUU	Estudiar si los pacientes con disfagia psicógena tienen un TCA	Estudio de casos	Con los cuestionarios EDI-2 y SCL-90R se comparó con pacientes con anorexia y disfagia y no salieron los mismos resultados	Estos pacientes no tienen un TCA
10	Diagnosis and Treatment of Phagophobia: A Review (2013)	Nueva York, EEUU	Determinar el diagnóstico, herramientas y estrategias de intervención en la fagofobia	Análisis cualitativo y revisión sistemática	Los pacientes con fagofobia no tienen un TCA, pero sí mucha ansiedad. Terapia EMDR muy efectiva.	Se necesita un protocolo para el diagnóstico y tratamiento

Fuente: elaboración propia

ANEXO 5. 11 PATRONES MARJORY GORDON

11 Patrones Funcionales *Marjory Gordon*
@Creative.Nurse

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.

Por lo tanto, de la valoración de los patrones obtenemos datos relevantes de la persona (FÍSICOS, PSÍQUICOS, SOCIALES, DEL ENTORNO)

La valoración se realiza mediante la recogida de DATOS SUBJETIVOS, OBJETIVOS, la REVISIÓN de la HISTORIA CLÍNICA u otros informes.

EVITAR: connotaciones morales (bueno-mala), hacer suposiciones, interpretar subjetivamente

	QUE VALORA	COMO SE VALORA	RESULTADO DEL PATRON
Patrón 1 Percepción - Manejo de Salud	Como percibe el individuo la salud y bienestar y como maneja lo relacionado a la salud (mantenimiento o recuperación)	Hábitos higiénicos Vacunas Alergias Conductas Saludables Existencia o no de hábitos tóxicos Accidentes o ingresos hospitalarios	Esta alterado cuando: La persona considera que su salud es pobre, regular o mala Bebe en exceso, fuma o consume drogas No está vacunado Higiene descuidada
Patrón 2 Nutricional- Metabólico	Determinar el consumo de alimentos y líquidos en relación a sus necesidades metabólicas Problemas de ingesta Altura, peso y temperatura Estado piel y mucosas	Valoración IMC Valoración alimentación Alergias e intolerancias Receger n° de comidas, tipo, hora, dieta... Alteraciones de la piel: uñas y pelo frágil, deshidratación, lesiones...	Esta alterado cuando: Alteraciones en IMC Desequilibrio nutricional Problemas locales Distasia o Sonda de alimentación Problemas digestivos
Patrón 3 Eliminación	Describe las funciones excretoras intestinal, urinaria y de la piel.	Intestinal: Consistencia, frecuencia, dolor, presencia de sangre u otros. Urinaria: Micción/flejo, características y problemas de la micción, incontinencias (sistemas de ayuda - pañales...) (Orina) - Sodor excesivo	Esta alterado cuando: Extremadamente incontinencia, flatulencia, diarrea, sistemas de ayuda, retención, disuria, nicturia, etc. Sudoración excesiva
Patrón 4 Actividad - Ejercicio	Describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. Costumbres de ocio y recreo	Valorar: Estado cardiovascular Estado respiratorio Tolerancia a la actividad Actividades cotidianas Estilo de vida Ocio y actividades	Esta alterado cuando: Existen problemas circulatorios, respiratorios, cansancio excesivo, deficiencias motoras, capacidad funcional alterada (Katz o Barthel)...
Patrón 5 Sueño - Descanso	Describe los patrones de sueño, descanso y relax o lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.	Tiempo dedicado y condiciones del lugar Exigencias laborales Uso de fármacos para dormir Consumo de sustancias estimulantes Ronquidos o apnea...	Esta alterado cuando: Usa ayuda farmacológica Verbaliza dificultad para conciliar el sueño Confusión y cansancio en relación con falta de descanso Conducta irritable
Patrón 6 Cognitivo - Perceptivo	Describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo. Adecuación de los órganos de los sentidos. Toma de decisiones, memoria y lenguaje.	Nivel de consciencia Si puede leer y escribir Alteraciones cognitivas Alteraciones perceptivas Expresión y localiza dolor Alteraciones en la conducta	Esta alterado cuando: No está consciente ni orientado Deficiencia de los sentidos Dificultad en la comprensión Presencia de dolor Problemas en memoria, expresión de ideas...
Patrón 7 Auto percepción - Autoconcepto	Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Imagen Corporal, identidad y sentido general de valía Patrones sonacional, postura y movimiento, de voz...	Valorar: Problemas con uno mismo Problemas de autoimagen Problemas conductuales Datos de imagen: postura, patrón de voz, estado de ánimo, positivismo, nerviosismo....	Esta alterado cuando: Verbalización auto negativa Existe problema son imagen corporal Miedo y rechazo al propio cuerpo Existen problemas conductuales
Patrón 8 Rol - Relaciones	Compromisos de rol y relaciones, percepción de rol, responsabilidad de la situación actual. Satisfacción en: familia, trabajo, relaciones sociales	Valorar: Familia Apoyo familiar Grupo social Trabajo o escuela	Esta alterado cuando: Presenta problemas en las relaciones sociales Se siente solo Refiere carencia afectivas Conductas inefectivas de duelo Violencia doméstica, abuso
Patrón 9 Sexualidad - Reproducción	Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y así mismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.	Valorar: Menarquía y ciclo menstrual Menopausia Métodos anticonceptivos Embarazos, abortos... Problemas o cambios en las relaciones sexuales	Esta alterado cuando: Refiere preocupación y/o insatisfacción por su sexualidad Problemas en etapa reproductiva Relaciones de riesgo
Patrón 10 Adaptación - Tolerancia al estrés	Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés.	Valorar: Situaciones estresantes sufridas Si esta tenso o relajado la mayor parte del tiempo Si cuenta sus problemas a alguien cercano...	Esta alterado cuando: Refiere sensación habitual de estrés y no dispone de herramientas Cambios o situaciones difíciles que no afronta Recurre al uso de drogas, alcohol o medicamentos
Patrón 11 Valores - Creencias	Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo.	Valorar: Posee planes de futuro Satisfacción en la vida Religión Preocupaciones relacionadas con la vida, muerte, dolor...	Esta alterado cuando: Existe conflicto de creencias Problemas en prácticas religiosas Existe conflicto por el sentido de la vida...

(19) Fuente: Patrones Funcionales Marjory Gordon [Internet]. Enfermería Creativa. [consultado 12 marzo 2021]. Disponible en: <https://enfermeriacreativa.com/galeria/11-patrones-funcionales/>

ANEXO 6. ESCALA ANSIEDAD HAMILTON

<i>Definición operativa de los ítems</i>	<i>Puntos</i>				
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborismos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (am enorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> - General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial - Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./m in, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

“El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento”.

(20) Fuente: Cibersam. [Internet] Madrid: Banco de Instrumentos y metodologías en Salud Mental. 2015 [consultado el 5 de abril de 2020].

Disponibile

en:

<https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=HARS.pdf>