



UNIVERSIDAD DE MURCIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE
ENFERMERÍA EN LOS CUIDADOS A MUJERES CON
DIAGNÓSTICO ENFERMERO *ANSIEDAD***

MIRIAM AMAD PASTOR
MURCIA 2014

UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS DOCTORAL

**Evaluación de las Intervenciones de Enfermería en los Cuidados
a Mujeres con Diagnóstico Enfermero *Ansiedad***

DIRECTORES

**Dra. Concha Rivera Rocamora
Dr. Miguel Ángel Cánovas Tomás**

DOCTORANDA

Miriam Amad Pastor

MURCIA 2014

A Dolores, Maru y Pili.

El Amor es el significado ultimado de todo lo que nos rodea. No es un simple sentimiento, es la verdad, es la alegría que está en el origen de toda creación.

Rabindranath Tagore

AGRADECIMIENTOS

Durante los años dedicados a esta investigación, muchas han sido las personas que han influido de alguna forma en ella. Es mi deseo agradecer a todas su apoyo, colaboración y entusiasmo.

A mis directores de tesis por darme el apoyo, orientación y aportaciones necesarias para la elaboración de la investigación. Además, quiero destacar y manifestar mi agradecimiento y profunda admiración, en el aspecto intelectual y profesional como en la calidad humana y comunicativa que mis directores han aportado a mi experiencia de vida.

Mi agradecimiento a mi madre, que a pesar de no haberlo podido compartir con ella, siempre ha estado presente. A María de la Concepción y Dolores en la memoria, por su amor incondicional, que donde estén, me acompañan.

Mi agradecimiento a Emilio por su extra de amor y paciencia durante el desarrollo del estudio.

A las pacientes que han participado en el estudio y que han hecho posible esta investigación.

Al Servicio de Apoyo a la Investigación del Colegio Oficial de Enfermería de Murcia (SAICE).

Al Servicio Murciano de Salud, a la Red Regional de Salud Mental.

A todas las personas que me ayudaron en los momentos de debilidad: mi cariño y gratitud. A todas ellas y a las demás, que no he olvidado, gracias.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	19
PARTE I. MARCO TEÓRICO.....	31
Capítulo I: ALGUNAS NOCIONES SOBRE ANSIEDAD.....	35
1. Ansiedad normal y patológica.....	35
2. Trastornos de ansiedad.....	39
2.1 Epidemiología.....	42
2.2 Etiopatogenia.....	42
2.3 Generalidades sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad desde diferentes perspectivas profesionales.....	43
3. Características principales de los Trastornos de Ansiedad objeto de estudio.....	46
3.1 Trastornos de ansiedad fóbica (F40).....	46
3.1.1 Agorafobia (F40.0).....	47
3.2 Otros trastornos de ansiedad (F41).....	48
3.2.1 Trastorno de pánico (F41.0).....	48
3.2.2 Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1).....	50
3.2.3 Trastorno mixto ansioso depresivo (F41.2).....	51
3.2.4 Otros trastornos mixtos de ansiedad (F41.3).....	51
3.3 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (F43).....	52
3.3.1 Trastornos de adaptación (F43.2).....	52

Capítulo II: COMORBILIDAD DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y SU CONEXIÓN CON EL GÉNERO.....	57
1. Relación entre ansiedad y depresión en la mujer.....	57
2. Diferencias de género en los trastornos mentales comunes: ansiedad y depresión.....	61
Capítulo III: LA UTILIZACIÓN DE LA RELAJACIÓN COMO INTERVENCIÓN.....	67
1. Perspectiva histórica sobre los inicios de las técnicas de relajación.....	67
2. La relajación y sus modalidades.....	70
2.1 Entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson.....	71
2.2 El entrenamiento autógeno de Schultz.....	74
2.3 El entrenamiento en respiración-meditación de Benson.....	77
3. Interés de la intervención enfermera en la modalidad de grupo.....	80
4. Utilización de la relajación en algunas investigaciones.....	82
Capítulo IV: MANEJO DE LA ANSIEDAD EN ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL.....	91
1. Proceso de Atención Enfermera: pensamiento crítico y reflexivo en la práctica clínica.....	91
2. Marco conceptual que guía la práctica enfermera en Salud Mental.....	94
2.1 Modelos, teorías y filosofías aplicados a la especialidad de Salud Mental.....	96
2.1.1 Hildegard E. Peplau: Teoría de las Relaciones Interpersonales.....	96
2.1.2 Callista Roy: Modelo de Adaptación.....	97
2.1.3 Jean Watson: Filosofía y Ciencia del Cuidado.....	99

2.1.4 Phil Barker: El modelo de la marea en la recuperación de la salud mental.....	101
2.1.5 Betty Neuman: Modelo de Sistemas.....	103
2.1.6 Ida Jean Orlando (Pelletier): Teoría del Proceso de Enfermería....	104
2.1.7 Dorothea E. Orem: Teoría del Déficit de Autocuidado en Enfermería.....	105
2.1.8 Marta E. Rogers: Seres Humanos Unitarios.....	107
2.1.9 Joyce Travelbee: Modelo de relación humano a humano.....	109
3. Ansiedad como diagnóstico enfermero según NANDA.....	111
4. Criterios de resultado enfermero: una herramienta enfermera para evaluar la utilidad de las intervenciones enfermeras en el marco del plan de cuidados de ansiedad.....	116
4.1 Limitaciones en el uso de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).....	120
5. Intervenciones de Enfermería en el diagnóstico NANDA ansiedad.....	121
PARTE II. MARCO EMPÍRICO.....	127
Capítulo V: DISEÑO METODOLÓGICO.....	131
1. Planteamiento de la investigación.....	131
2. Hipótesis y objetivos del estudio.....	132
3. Metodología: Tipo de estudio.....	133
3.1 Ámbito y población de estudio.....	134
3.2. Criterios de inclusión y de exclusión.....	135
3.3. Variables.....	136
3.3.1. Variable independiente.....	136

3.3.2. Variables dependientes.....	136
3.3.3. Variables demográficas.....	136
3.4. Instrumento de evaluación.....	137
3.4.1. Clasificación de Resultados Enfermeros: criterios de resultado enfermero como instrumento de evaluación.....	137
3.4.2. Patrones Funcionales de Salud (PFS).....	137
3.5. Registro de recogida de datos y análisis estadístico.....	138
3.6. Temporalización del estudio.....	139
3.7. Duración y descripción de las etapas del estudio.....	140
3.8. Presupuesto y recursos humanos, materiales y económicos.....	140
3.8.1. Recursos humanos.....	140
3.8.2. Recursos materiales.....	141
3.8.3. Recursos económicos.....	142
3.9. Proceso enfermero en los cuidados a mujeres con ansiedad.....	142
3.9.1. Valoración enfermera según Patrones Funcionales de Salud de Gordon.....	144
3.9.2. Diagnóstico Enfermero Ansiedad.....	145
3.9.3. Criterios de Resultado como base para evaluar la presente tesis.....	149
Nivel de ansiedad (1211).....	151
Autocontrol de la ansiedad (1402).....	152
Conocimiento: conducta sanitaria (1805).....	153
3.9.4. Intervenciones de Enfermería en el manejo de la ansiedad.....	155
Disminución de la Ansiedad (5820).....	155
Educación Sanitaria (5510).....	156

Enseñanza Grupo (5604).....	157
Relajación Muscular Progresiva (1460).....	157
Terapia de Relajación Simple (6040).....	158
Terapia de Grupo (5450).....	160
Grupo de Apoyo (5430).....	161
3.9.5. Diseño de las intervenciones enfermeras terapia de relajación simple y relajación muscular progresiva como eje de los cuidados enfermeros en el área de la ansiedad.....	162

Capítulo VI: DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS.....169

1. Parámetros físicos y su análisis estadístico.....	170
2. Perfil sociodemográfico.....	178
3. Patrones Funcionales de salud de M. Gordon (PFS).....	181
3.1 Valoración de enfermería por PFS y diagnóstico enfermero ansiedad en las pacientes objeto de estudio.....	184
3.1.1 Paciente 1.....	184
3.1.2 Paciente 2.....	188
3.1.3 Paciente 3.....	192
3.1.4 Paciente 4.....	196
3.1.5 Paciente 5.....	200
3.1.6 Paciente 6.....	205
3.1.7 Paciente 7.....	210
3.1.8 Paciente 8.....	214
3.1.9 Paciente 9.....	217
3.1.10 Paciente 10.....	222

3.1.11 Paciente 11.....	226
3.1.12 Paciente 12.....	230
3.2 Evolución del estado de los PFS.....	234
4. Criterios de resultado enfermeros (NOC).....	244
Capítulo VII: ALCANCE PROFESIONAL Y EDUCATIVO.....	255
Limitaciones y propuestas de mejora.....	263
Capítulo VIII: CONCLUSIONES.....	269
Propuesta de futuras líneas de investigación.....	272
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	279
ANEXOS.....	293
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO AL GRUPO DE RELAJACIÓN.....	295
ANEXO 2: PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A GRUPO DE RELAJACIÓN.....	297
ANEXO 3: PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO.....	299
ANEXO 4: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA.....	301
ANEXO 5: ASISTENCIA A GRUPO DE RELAJACIÓN.....	305
ANEXO 6: PRÁCTICA INTERSESIÓN.....	307
ANEXO 7: REGISTRO DE LA RELAJACIÓN EN EL GRUPO.....	309
ANEXO 8: CONTENIDO DE LAS SESIONES.....	311
ANEXO 9: PROGRAMACIÓN DE LAS SESIONES EN EL ENTORNO DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS.....	319

ANEXO 10: CRITERIOS DE RESULTADO ENFERMERO NIVEL DE ANSIEDAD (1211).....	321
ANEXO 11: CRITERIOS DE RESULTADO ENFERMERO AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD (1402).....	323
ANEXO 12: CRITERIOS DE RESULTADO ENFERMERO CONOCIMIENTO: CONDUCTA SANITARIA (1805).....	325

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Los trastornos de ansiedad forman el grupo de trastornos mentales más comunes en la población general. Es un grupo de trastornos en el que la comorbilidad es altamente frecuente, principalmente con los trastornos depresivos ^{1,2}.

Según los resultados del Proyecto Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders, ESEMeD), el 13,6% de la población de seis países europeos (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España) ha padecido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida y el 6,4% en el último año del estudio ^{3,2}.

Las mujeres en edad reproductiva son más vulnerables a desarrollar trastornos de ansiedad que los hombres, aproximadamente entre 2 a 3 veces más. De hecho, el 17,5% de las mujeres frente al 9,5% de los hombres habían sufrido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida; mientras que el 8,7% de las mujeres frente al 3,8% de los hombres había padecido un trastorno de ansiedad en el último año. Ser hombre o mujer no sólo puede influir en la prevalencia de los trastornos mentales, sino también en la manifestación y expresión de los síntomas ³, percepción subjetiva que tiene la mujer de su salud ⁴ voluntad para solicitar asistencia médica o psicológica, el curso de la enfermedad e incluso en la respuesta al tratamiento ³.

El informe sobre salud mental y género de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2002 señala que las diferencias por sexo se dan precisamente en las alteraciones mentales comunes, entre ellas los trastornos de ansiedad, que se presentan con doble frecuencia en las mujeres ⁵.

A veces, es difícil reconocer la identidad de género como la causa de los malestares de las mujeres. La imposibilidad de construcción de la autonomía personal, la educación de los afectos basada en la estructura de la culpa y en la ética del cuidado hacia los demás, la interiorización del sistema de dominación

masculina y sumisión femenina son, entre otras, áreas esenciales en la construcción de género de las mujeres con afectación negativa en la socialización y el modo de enfermar de las mismas ⁶. A mayor rigidez en el desempeño de los roles de género más tensiones puede llegar a producir la distancia entre las idealizaciones y la realidad personal. Producen contradicciones e insatisfacciones que se manifiestan con malestares inscritos en el cuerpo y en la mente ⁷.

La OMS considera que no se estaba prestando apenas atención a los determinantes específicos de cada sexo en los mecanismos que promueven y protegen la salud mental. Dos de los objetivos principales que propuso esta institución al respecto, fueron recoger datos de la prevalencia y las causas de los problemas de salud mental en las mujeres, así como de los factores mediadores y protectores, para formular y poner en funcionamiento medidas de salud que atiendan las necesidades y preocupaciones concretas de las mujeres desde la infancia hasta la vejez ⁸.

Se han identificado un conjunto de factores que pueden explicar el predominio femenino en los trastornos de ansiedad, así como las diferencias entre los sexos en otros trastornos psiquiátricos. Un grupo de estos factores serían los psicosociales y socioculturales que incluyen diferencias en el tipo de afrontamiento de la persona, rol sexual, pobreza, nivel educativo, estado civil, nivel de ingresos, apoyo social, aislamiento social, adversidades durante la infancia, cambios sociales, normas culturales y vulnerabilidad a la exposición y reactividad ante acontecimientos vitales estresantes ^{3,5}.

Es esencial reconocer cómo los factores sociales, económicos, legales, de infraestructura y ambientales, afectan a la salud mental de las mujeres. Con el objetivo de contribuir en la promoción del estudio de los determinantes de la salud mental de las mujeres, los investigadores están adoptando un modelo de salud basado en el género. Descripciones de situaciones de vida, estudio de casos, etc. pueden clarificar como la pobreza, la desigualdad, factores sociales y

la violencia, entre otros, contribuyen al padecimiento de estrés emocional, depresión y ansiedad, entre otros ⁵.

Otros factores que sugieren diferencias de sexo son la comorbilidad previa, la predisposición genética, los rasgos de la personalidad, las hormonas sexuales, la reactividad endocrina frente al estrés, los sistemas de neurotransmisión y los determinantes neuropsicológicos. Como apunta Arenas y Puigcerver se puede considerar que los factores psicosociales y socioculturales no pueden explicar todas las diferencias observadas entre ambos sexos, y que dada la coherencia de los hallazgos en los distintos grupos culturales, la conclusión es que las diferencias de género en las tasas de los trastornos psiquiátricos son en gran parte psicobiológicas ³.

La ansiedad y la angustia son síntomas de consulta muy frecuentes, la mayoría de las veces muy inespecíficos que reflejan insatisfacciones y frustraciones ⁴ y que se pueden enmascarar somáticamente. El manejo del paciente con trastorno de ansiedad en Atención Primaria resulta, por tanto, complejo, sobre todo si consideramos la dificultad del diagnóstico diferencial, la necesidad de una terapéutica específica y en ocasiones prolongada en el tiempo para cada forma de la enfermedad, así como la necesidad de realizar la derivación a Atención Especializada cuando la etiología, el trastorno o las manifestaciones de la enfermedad así lo requieran ⁹.

Tal como se puso de manifiesto en la Conferencia Europea de la Organización Mundial de la Salud, celebrada en enero de 2005, la salud mental constituye uno de los objetivos estratégicos que la Unión Europea tiene fijados para los próximos años, pues sin salud mental no hay salud. Conseguir niveles satisfactorios de salud mental pasa por llevar a cabo actividades de promoción y de prevención a través de profesionales capacitados, entre los que se encuentran las enfermeras, para integrarse en equipos multidisciplinares y actuar en diferentes niveles y contextos de la población ¹⁰.

De ahí la importancia de la formación especializada en enfermería en salud mental ^{11,12,13}. Es en este contexto que se entiende el tratamiento específico en salud mental por enfermería abordado en el marco de los dispositivos de Salud Mental de la Región de Murcia, para mejorar la asistencia a las mujeres.

Por tanto, con el fin de desarrollar buenas prácticas de salud desde la profesión enfermera de salud mental nos planteamos evaluar la utilidad de las intervenciones enfermeras en un grupo de mujeres con diagnóstico enfermero *ansiedad* del Centro de Salud Mental de Águilas, como complemento al resto de actuación profesional que se oferta en dicho centro.

Como apuntan las líneas maestras para el desarrollo de la Cartera de Servicios de la Subdirección General de Salud Mental y la bibliografía específica, el entrenamiento en relajación es una técnica para determinados casos de trastorno de ansiedad, siendo la oferta de relajación grupal preferida y protocolizada ¹².

A lo largo de mi trabajo en los dispositivos de Salud Mental de Murcia he podido comprobar el importante aumento de los trastornos de ansiedad y trastornos distímicos que se presentan acompañados y acentuados por problemas económicos, nivel educativo-cultural, dificultad en el manejo de problemas cotidianos o sobrecarga familiar ocasionando malestar, ansiedad y aumento de necesidades asistenciales de las mujeres. En mi quehacer diario como enfermera especialista de salud mental y desde el contexto de los cuidados enfermeros en este ámbito, comencé a tomar conciencia de la necesidad de profesionales especializados formados en equipos multidisciplinares para dar atención a las necesidades de las mujeres en el campo de los trastornos de ansiedad y del humor. Dado que el rol de la enfermera ha ido cambiando y adaptándose a la nueva realidad y a las nuevas necesidades de la sociedad, entendemos que resulta esencial que los profesionales enfermeros de salud mental comprendan y se acerquen a esta problemática desde la especialización en este área de conocimientos, ayudando,

acompañando y trabajando con estas mujeres que padecen una enfermedad mental desde el compromiso ético y la formación cualificada requerida.

Este problema de investigación es importante en enfermería atendiendo a la posibilidad de generar y definir conocimiento relevante para la práctica basada en la evidencia utilizando metodología enfermera en el ámbito de la salud mental. La práctica de la enfermería ha de estar basada en la evidencia o construida sobre el conocimiento empírico que se genera a través de la investigación ¹⁴.

Motivados por el interés creciente de esta situación clínica y tras no hallar otros estudios que describieran el uso de los tratamientos específicos para la ansiedad desde una perspectiva enfermera en los Centros de Salud Mental de la Región de Murcia (individuales y grupales), nos propusimos diseñar una intervención de enfermería basada en la relajación grupal y otras intervenciones como parte complementaria al resto de tratamientos que reciben las pacientes en el Centro de Salud Mental, y realizar su posterior evaluación. Es por ello que desde el campo de la enfermería de salud mental nos proponemos diseñar, implementar y evaluar intervenciones enfermeras a mujeres con diagnóstico enfermero *ansiedad*, con especial atención a la intervención de enfermería basada en la relajación grupal como parte complementaria al resto de tratamientos que reciben en el Centro de Salud Mental.

El interés por realizar este trabajo estriba en que como enfermeras especialistas en salud mental, entendemos que la aplicación del proceso de enfermería en este grupo de mujeres con ansiedad, les facilitará una serie de herramientas de autocuidado para el adecuado manejo de ansiedad y por consiguiente una mejor calidad de vida. De este modo, el proceso de atención de enfermería en ansiedad en un contexto grupal, permite a la paciente comprender sus problemas, dando una explicación sobre el origen de los mismos que mejora el afrontamiento de su enfermedad ^{15, 16, 17}.

Así, el presente estudio pretende conocer la utilidad de las intervenciones de enfermería en cuanto a disminución, manejo y autocontrol del nivel de ansiedad en las mujeres que han sido derivadas por facultativos especialistas de salud mental, también conocer aspectos sociodemográficos y educativos que nos permitan llegar a conclusiones y contrastar los resultados con otros estudios similares.

Nuestra pretensión inicial es conocer de qué modo, la utilidad de la aplicación del proceso enfermero en mujeres con ansiedad, en nuestro quehacer diario como enfermeras, le lleva a mejorar su estado y respuesta de ansiedad. Situación ésta, que entendemos podremos evaluar identificando los resultados NOC *autocontrol de la ansiedad, nivel de ansiedad y conocimiento: conducta sanitaria*.

La tesis se sustenta en la metodología enfermera según NANDA ¹⁸, NOC ¹⁹, NIC ²⁰, en autores y manuales eminentemente enfermeros y de otras disciplinas aplicables que complementan la complejidad de los problemas de ansiedad desde un enfoque de cuidados enfermeros.

Con esto, pretendemos, como ya hemos reflejado, mejorar y complementar la calidad en la asistencia que se presta a las mujeres con trastorno de ansiedad en los Centros de Salud Mental, en cuanto a disminución y manejo de la ansiedad. De tal modo, planteamos la presente tesis doctoral con la finalidad de evaluar las intervenciones enfermeras en este sentido, esencial para generar conocimiento enfermero útil, contribuyendo a la visibilidad de la actividad asistencial enfermera en salud mental.

Por tanto, con el fin de desarrollar buenas prácticas de salud desde la profesión enfermera de salud mental nos planteamos evaluar un plan de cuidado de enfermería aplicado a mujeres con diagnóstico enfermero de ansiedad del Centro de Salud Mental de Águilas como parte de las actuaciones e intervenciones profesionales que se ofertan en dicho centro.

El trabajo consta de dos partes. Una primera parte, en la cuál reflejamos las bases teóricas en las que nos hemos apoyado, y en una segunda parte donde se muestra el marco empírico de desarrollo de la investigación.

Así, en la primera parte presentamos el marco teórico del estudio que comprende cuatro capítulos, en los cuales ofrecemos una visión de las intervenciones de enfermería en el área de ansiedad atendiendo a su relación con el género desde la competencia enfermera en la especialidad de salud mental.

En el capítulo I examinamos algunas nociones sobre la ansiedad y se exponen las diferencias entre la ansiedad normal y patológica, los tipos de trastornos de ansiedad y las características principales de los trastornos de ansiedad objeto de nuestro estudio.

A lo largo del capítulo II adentramos al lector en la conexión de la comorbilidad de estos trastornos focalizando la atención en la perspectiva de género. Comentamos la relación entre ansiedad y depresión en la mujer, dedicando un subapartado a las diferencias de género en la ansiedad y depresión.

La relajación como intervención enfermera se desarrollará en el capítulo III. Con un primer epígrafe histórico, nos detenemos en los inicios de las técnicas de relajación. En una segunda entrada, exponemos las modalidades y tipos de relajación en función de las formas de intervenir sobre los mecanismos de activación y desactivación fisiológicos. A continuación conceptualizamos la modalidad grupal de la relajación para finalizar con algunas investigaciones que hacen uso de ella.

En el capítulo IV se hace referencia al manejo de la ansiedad en enfermería de salud mental. Describimos los aspectos conceptuales que entendemos establecen relación con el área de salud mental. Además, nos acercamos al problema de la ansiedad desde la perspectiva enfermera y presentamos herramientas imprescindibles en el desarrollo del presente trabajo como son la

Clasificación de Resultados y de Intervenciones Enfermeras (NOC y NIC respectivamente).

En la segunda parte del trabajo, se expone el progreso del trabajo empírico. Esta parte está compuesta por los capítulos V de diseño metodológico, VI de descripción de los resultados, VII de alcance profesional y educativo y finalmente el capítulo VIII donde exponemos las conclusiones del estudio.

En el capítulo V reflejamos el diseño metodológico con el planteamiento de la investigación. Así, enunciamos la hipótesis fundamentada en el marco teórico y los objetivos a alcanzar, general y específicos justificando su necesidad. En los siguientes apartados explicamos el tipo de diseño, el ámbito y población de estudio, los criterios de inclusión y exclusión que guiarán la población objetivo de nuestras intervenciones. Las variables las dividimos en independiente, dependiente y variables sociodemográficas. Los instrumentos de evaluación será explicitado en el siguiente apartado, a través de los criterios de resultado enfermero *autocontrol de la ansiedad, nivel de ansiedad y conocimiento: conducta sanitaria*. Queremos dejar constancia de las intervenciones enfermeras en el área de la ansiedad así como el diseño de las intervenciones enfermeras *terapia de relajación simple y relajación muscular progresiva* como eje de los cuidados enfermeros en el área de la ansiedad, para lo cual hemos incluido un apartado que muestra el desarrollo integral del mismo.

En el plan de trabajo, consideramos las etapas del proceso de atención enfermera prestando atención a la valoración enfermera por Patrones Funcionales de Marjory Gordon, a los criterios de resultado enfermero como base para evaluar la tesis y las intervenciones de enfermería en el manejo de la ansiedad. A continuación mencionamos la secuencia de actividades y la temporalización necesaria para su implementación y en otro apartado nos detenemos en el registro de recogida de datos y análisis estadístico de los datos. Más adelante explicamos los recursos humanos, materiales y económicos que creemos necesarios para su puesta en marcha.

En el capítulo VI del manuscrito presentaremos, una vez finalizado el trabajo empírico, los resultados derivados de los datos del estudio con la finalidad de evaluar las intervenciones enfermeras en mujeres con ansiedad, esencial para generar conocimiento enfermero sistematizado para la práctica basada en la investigación.

El capítulo VII, de alcance profesional y educativo, analizamos los datos obtenidos en relación con las aportaciones teóricas y prácticas de los cuidados enfermeros en las pacientes de estudio.

El capítulo VIII, de conclusiones pretende finalizar la investigación aportando las consideraciones destacadas del proceso enfermero en el entorno de la salud mental.

En el apartado de anexos, incluimos el consentimiento informado, la valoración enfermera por Patrones Funcionales de Salud (PFS) de M. Gordon apoyándonos en la valoración elaborada por Fornés, el contenido de las sesiones e intervenciones del tratamiento de relajación grupal y otros documentos que se usarán en la instauración de la intervenciones enfermeras propuestas para atender al fenómeno de la ansiedad.

PARTE I

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

ALGUNAS NOCIONES SOBRE ANSIEDAD

Capítulo I: ALGUNAS NOCIONES SOBRE ANSIEDAD

En el presente capítulo intentaremos definir por un lado, qué entendemos por ansiedad normal y patológica y su relación con otros conceptos de relevancia que nos permitan conocer mejor la cuestión central de nuestro estudio. Por otro lado, realizaremos un acercamiento en cuanto a la definición, clasificación, epidemiología de los trastornos de ansiedad y generalidades acerca de su tratamiento. Por último hemos querido dedicar un epígrafe para explicar los trastornos de ansiedad objeto de estudio por su frecuencia de presentación en las mujeres que acuden al centro de salud mental y que reciben cuidados enfermeros.

1. Ansiedad normal y patológica

La ansiedad es en principio una emoción humana, normal, cuya función inicialmente es activadora ante una amenaza, movilizand o actividad o tensión, lo que aumenta la capacidad de respuesta del individuo. Ante una situación potencialmente amenazante, se producen una serie de cambios en el organismo destinados a la preparación para hacer frente a la amenaza con un carácter adaptativo desde el punto de vista filogenético, facilitando la focalización de la atención en la amenaza, la activación de los sistemas fisiológicos implicados en las respuestas motoras y la motivación para la acción.

Una cuestión importante para comprender mejor el fenómeno de la ansiedad es su relación con los fenómenos psicológicos del miedo y estrés. La ansiedad y el miedo difieren en que mientras este último es una reacción normal y común producida por un evento amenazante que habitualmente se identifica con facilidad activando el aspecto motor, la ansiedad se materializa en una respuesta exagerada de miedo a eventos no siempre identificables o se produce ante situaciones inapropiadas con un componente anticipatorio ante la potencial amenaza o estímulo. Ésta última se reserva para designar un estado interno de los sujetos ^{1, 21}.

Un aspecto que diferencia a la ansiedad del estrés y también del miedo, es el peso tan importante que tiene en esta última respuesta el componente fisiológico. En cambio, tanto en la ansiedad como en el miedo, el componente psicológico es el que resulta central. El estrés únicamente puede convertirse en una condición patológica si las respuestas de adaptación del individuo se prolongan excesivamente en el tiempo y no son suficientes para hacer frente a los estresores, especialmente si se perciben como indicadores de amenaza o daño. Por tanto, en un principio el estrés y el miedo se consideran como condiciones no patológicas al contrario que la ansiedad ²¹.

De otro lado, se distingue también, entre ansiedad y angustia. En un principio la angustia tiene también una función adaptativa como es provocar la formación de mecanismos de defensa que interfieran y frenen la impulsividad instintiva y con ello el peligro de que la persona se vea sobrecargada. Tal y como dice Yllá Segura, el dolor es una señal de aviso de que algo no va bien referido al plano corporal mientras que la angustia o ansiedad son manifestaciones segregadas al plano psíquico. Siguiendo al autor, la angustia se podría definir “como un temor a algo desconocido” o inconsciente. Retomando el concepto de miedo, si el motivo del temor no es conocido, adquiere el nombre de ansiedad, angustia. La ansiedad y la angustia son casi lo mismo aunque con matices distintos. En la cultura occidental, la angustia es un sentimiento que casi siempre es patológico con un gran peso somático y/o corporal, sin embargo la ansiedad parece más bien un sentimiento unido al sobresalto, al componente psíquico de temor indefinido ²².

A nivel conceptual, la ansiedad puede definirse como un estado de activación del sistema nervioso, consecuencia de estímulos externos o producto de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. Esta activación se traduce, por un lado en síntomas periféricos derivados de la estimulación del sistema nervioso vegetativo y del sistema endocrino, que producirían los síntomas somáticos de ansiedad y, por otro lado, en síntomas de estimulación

del sistema límbico y de la corteza cerebral que se traducen en los síntomas psicológicos de ansiedad ²³.

La ansiedad se transforma en una condición patológica en el momento en que el estímulo no la justifica o se produce de forma demasiado intensa o prolongada en el tiempo, por lo que la diferenciación entre lo que es normal y patológico se basa en la mayoría de los casos en criterios cuantitativos más o menos arbitrariamente consensuados. Así pues, los criterios para establecer la diferenciación entre lo normal y lo patológico se basan en la interferencia que los síntomas causan en la vida del sujeto, la incapacidad para controlarla, la falta de justificación por el objeto desencadenante, la duración y el acompañamiento de síntomas físicos ¹.

Si en algún momento la ansiedad llega a ser tan intensa que impide el funcionamiento global de una persona es cuando puede convertirse en criterio para ser un trastorno o enfermedad ²⁴, manifestándose a distintos niveles a través de una combinación de síntomas somáticos, cognitivos y emocionales ²⁵.

Cuando la ansiedad no es adaptativa, cuando el peligro al que pretende responder no es real, cuando el nivel de activación y su duración son desproporcionados con respecto a la situación objetiva, o cuando no es capaz de generar una respuesta adecuada o adaptativa, se habla de ansiedad patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual. En la tabla 1 se resumen las principales diferencias entre ansiedad normal y patológica ^{23, 9}.

Ansiedad Normal	Ansiedad Patológica
Función adaptativa	Dificultad de adaptación
Mejora el rendimiento	Disminuye el rendimiento
Leve	Profunda y persistente
Menos somática	Más somática
Emoción reactiva	Sentimiento vital

Tabla 1. Diferencias entre ansiedad normal y patológica. Fuente: Sáiz Martínez PA, Durán Rivas A, Paredes Ojanguren B, Bousoño García M.

Dentro de la ansiedad patológica se distingue entre ansiedad exógena (estrés) y ansiedad endógena. Hablamos de estrés cuando se supera la capacidad adaptativa del organismo frente a estímulos externos, bien porque éstos sean muy intensos, bien porque sean muy persistentes. Generalmente se trata de estímulos novedosos, amenazantes o particularmente intensos o sorprendentes. Por el contrario la ansiedad endógena, con frecuencia ligada a factores hereditarios, carece de causa externa y en estos casos suele detectarse anomalías en los mecanismos cerebrales de procesamiento de la información procedente de los sentidos, con respuestas patológicas a estímulos o situaciones normales ²³.

La ansiedad es un síntoma que suele acompañarse de gran variedad de cuadros clínicos tanto de índole psiquiátrica como de índole médica (ansiedad secundaria), pero además puede constituir per se el síntoma cardinal de trastornos específicos, no derivando de otro trastorno psíquico u orgánico subyacente (ansiedad primaria) ¹. Cabe decir, que tanto el concepto clínico de ansiedad, así como la ya conocida y trabajada depresión, resultan, tal y como indica Gerra, entidades psicopatológicas comunes tanto en los trastornos neuróticos como en los de personalidad ²⁶.

2. Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad son un conjunto de enfermedades mentales en los que la ansiedad es el síntoma fundamental ¹, comunes y muy incapacitantes tienen un alto impacto social, personal y en las relaciones sociales, destacando el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo, fobia social, trastorno de estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizada, reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación ^{24, 27}.

El agravante de su alta prevalencia y el curso recurrente o incluso crónico de muchos de estos trastornos los puede hacer inhabilitantes como cualquier otra enfermedad crónica ⁹.

Existen diferentes tipos de trastornos dentro del grupo denominado trastornos de ansiedad que recogen las clasificaciones diagnósticas internacionales. La OMS en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), publicada en 1992, incluye los trastornos de ansiedad dentro del capítulo titulado “Trastornos Neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”. Por su parte, la American Psychiatric Association, en su versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) les dedica el capítulo titulado “Trastornos de Ansiedad” ^{23, 28, 27}.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto Revisado (DSM-IV-TR) enumera doce trastornos de ansiedad y en la CIE-10 los trastornos neuróticos (ansiedad) se agrupan con trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos. En la tabla 2 se recogen la clasificación de los trastornos de ansiedad ⁹.

El sistema dimensional clasifica los casos clínicos basándose en la cuantificación de atributos y es de mayor utilidad en la descripción de los fenómenos que se distribuyen de manera continua y que no poseen límites definidos como el sistema categorial. Un enfoque categorial es siempre más adecuado cuando todos los miembros de una clase diagnóstica son

homogéneos, cuando existen límites claros entre las diversas clases y cuando las diferentes clases son mutuamente excluyentes. Sin embargo posee limitaciones en la práctica clínica y en la investigación ya que resultan menos familiares y claros que los nombres de las categorías de los trastornos mentales ²⁸. Los expertos sugieren que el punto de discusión versa si se ha de establecer un modelo categorial o dimensional. Desde el inicio de los sistemas de clasificación, estos han sido continuamente revisados. La llegada del DSM-V intentará mejorar los conceptos de clasificatorios de los trastornos que nos ocupa, y la comorbilidad con los trastornos afectivos ²⁴.

A continuación enunciamos la clasificación de los trastornos de ansiedad según DSM-IV TR y la CIE-10. Atendiendo a nuestro objeto de estudio, es nuestra intención centrarnos solamente en aquellos trastornos que tienen lugar en las pacientes con las que venimos trabajando como receptoras de las intervenciones de enfermería. Aunque no incluimos los trastornos del humor, creemos importante mencionarlos en esta investigación por su elevada presencia y coexistencia junto con los trastornos de ansiedad.

DSM-IV-TR	Código CIE 10	CIE-10
	F 40	Trastornos de ansiedad fóbica
Fobia social	F40.1	Fobias sociales
Fobia simple	F40.2	Fobias específicas
Agorafobia sin crisis de angustia	F40.0	Agorafobia
	F41	Otros trastornos de ansiedad
Trastorno de angustia con agorafobia	F41.0	Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica)
Trastorno de angustia sin agorafobia		
Trastorno de ansiedad generalizada	F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada
	F41.2	Trastorno mixto ansioso-depresivo
	F41.3	Otro trastorno mixto de ansiedad
	F41.8	Otros trastornos de ansiedad
Trastorno obsesivo-compulsivo	F 42	Trastorno obsesivo-compulsivo
	F43	Reacciones de estrés y trastornos de adaptación
Trastorno por estrés postraumático	F43.1	Trastorno por estrés postraumático
Trastorno por estrés agudo	F43.0	Reacción de estrés agudo
	F43.2	Trastorno de adaptación
	F44	Trastornos disociativos
Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica		
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.		
	F45	Trastornos somatomorfos
Trastorno de ansiedad no especificado	F48	Otros trastornos neuróticos

Tabla 2. Clasificación de trastornos de ansiedad según DSM-IV-TR y la CIE-10: equivalencias y codificación según CIE-10

Cada uno de estos trastornos se caracteriza por preocupación no controlada y excesiva, que puede causar una concentración deficiente y síntomas físicos.

Así, la ansiedad patológica en un continuo desde la ansiedad como emoción normal supera los límites adaptativos, repercutiendo de forma negativa en el rendimiento y funcionamiento psicosocial como núcleo central de los trastornos de ansiedad ²⁹.

2.1 Epidemiología

A pesar de que la prevalencia general de los trastornos mentales es similar entre hombres y mujeres, las diferencias por categorías diagnósticas están presentes ³⁰.

Tal y como se indica en la introducción, los trastornos de ansiedad son con diferencia los trastornos psiquiátricos más frecuentes. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los trastornos mentales de ansiedad y depresión se encuentran entre los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia a pesar de variaciones culturales en su ocurrencia ³¹. El género impacta sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad, con mayor probabilidad de desarrollarlos las mujeres que los hombres. Así, la depresión y los trastornos de ansiedad en la mayoría de los países es el doble de frecuente en las mujeres que en los hombres ³⁰.

Algunos estudios sitúan su prevalencia en población general en un 28,8%, siendo los más frecuentes por delante de los trastornos afectivos y de los trastornos por abuso de sustancias ^{32, 33}. Su prevalencia a los doce meses se sitúa entorno al 14,5% ³⁴. Dentro de los trastornos de ansiedad los más frecuentes son las fobias específicas y los menos, los trastornos de agorafobia sin historia de trastorno de pánico ³².

2.2 Etiopatogenia

Las causas de los trastornos de ansiedad no son totalmente conocidas, pero están implicados tanto factores biológicos, como ambientales y psicosociales. Parece ser que es la interacción de múltiples determinantes lo que favorece la aparición de estos trastornos de ansiedad, siendo además muy común la comorbilidad con otros trastornos mentales como los trastornos del estado de ánimo ^{35,9}.

Al igual que en otros trastornos mentales es necesario considerar la psicopatología ansiosa desde el punto de vista biopsicosocial en la que se implican diferentes mecanismos y situaciones en interacción compleja. Ningún modelo por separado puede explicar totalmente el desarrollo de esta condición. Evidentemente, esto tiene repercusiones en el tratamiento, y en la mayoría de los casos el mejor abordaje suele ser utilizar de forma conjunta farmacoterapia y psicoterapia ^{1,9}.

2.3 Generalidades sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad desde diferentes perspectivas profesionales

Entendemos que el tratamiento de los trastornos de ansiedad ha de realizarse desde una vertiente multiprofesional, es por ello que enunciaremos las principales intervenciones que se llevan a cabo en los mismos en cuanto a su tratamiento y seguimiento se refiere, tanto en el campo de la psiquiatría, de la psicología clínica y de la enfermería de salud mental. Es de este modo, y tal como se expone en el capítulo tercero y cuarto, que ponemos énfasis en la utilización de la relajación y el manejo de la ansiedad en enfermería de salud mental, como parte esencial del tratamiento y seguimiento de los trastornos de ansiedad.

La intervención psicológica en general, se ha mostrado más eficaz que la ausencia de tratamiento, que el placebo y que algunas intervenciones psicofarmacológicas para estos trastornos ¹. El abordaje psicoterapéutico se plantea desde varias concepciones teóricas. La terapia cognitivo-conductual por ser un método activo y directivo donde terapeuta y paciente trabajan en forma conjunta y estructurada, con tareas fuera de sesión. Utiliza técnicas tanto conductuales como cognitivas y en combinaciones diferentes según la sintomatología a abordar: relajación y respiración, entrenamiento autógeno, reestructuración cognitiva, exposición in vivo y diferida, detención del pensamiento, resolución de problemas, etc. ^{9,36}.

El tratamiento farmacológico de los diversos trastornos de ansiedad se basa en el empleo de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina -ISRS- en

primera línea o bien la utilización de otros antidepresivos como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina -IRSN- y en ciertas ocasiones benzodiazepinas de forma concomitante. Excepto en los casos de ansiedad fóbica y agorafobia sin trastorno de pánico, en los que el tratamiento es fundamentalmente psicoterápico, los demás trastornos de ansiedad generalmente mejoran con estos fármacos ¹. Hoy en día, a pesar del lugar que ocupan las benzodiazepinas en el tratamiento de los síntomas de ansiedad, el papel principal ha sido otorgado a la familia de los denominados antidepresivos por su efecto ansiolítico derivado de sus acciones sobre los sistemas de serotonina y noradrenalina cerebrales ³⁷.

En cuanto al abordaje terapéutico de la ansiedad desde la disciplina enfermera, creemos que resulta importante la contribución que Peplau H. hace de la ansiedad y su tratamiento, conocida como la madre de la Enfermería Psiquiátrica y primera enfermera que usa teorías de otros campos científicos para el desarrollo de una teoría enfermera siendo importante en la evolución de la teoría de las relaciones personales ³⁸. Especial mención requiere su obra *Interpersonal Relations in Nursing* que fue escrita específicamente como ayuda a enfermeras diplomadas y estudiantes de enfermería. En el marco de este modelo conceptual, Peplau menciona la ansiedad como una de las cuatro experiencias psicobiológicas que describe para identificar y explicar las acciones derivadas de experiencias que impulsan respuestas destructivas o constructivas por parte de las enfermeras y los pacientes. Este conocimiento proporciona una base tanto para la fijación de metas como para las intervenciones de enfermería ³⁹.

Autores como M. D. Thomas y J. M. Baker y N. J. utilizan el concepto de Peplau sobre la ansiedad como medio para resolver constructivamente sentimientos de irritación a través del aprendizaje experimental que tiene lugar dentro de la relación enfermera paciente ³⁹.

Si valoramos a mujeres que padecen un determinado trastorno de ansiedad, encontramos diagnósticos de enfermería que le son comunes, entre ellos el

diagnóstico enfermero *ansiedad*, que según la taxonomía NANDA hace referencia a “una vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo” ¹⁸.

Así el abordaje terapéutico, siguiendo la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), consiste en enseñar a la paciente a disminuir su nivel de ansiedad (NIC 5820 disminución de la ansiedad, NIC 6040 terapia de relajación simple, NIC 1460 relajación muscular progresiva, NIC 5510 educación sanitaria) en el contexto de grupo (NIC 5604 enseñanza: grupo, NIC 5430 grupo de apoyo y NIC 5450 terapia de grupo) ^{18, 20}.

Fornés, en su libro de planes de cuidados de enfermería de salud mental, dedica un capítulo al plan de cuidados para la persona con ansiedad-estrés y utiliza entre otras estrategias de afrontamiento, la respiración controlada, la tensión y relajación muscular ⁴⁰.

Como se desprende de la guía de práctica clínica, el abordaje de tipo grupal más utilizado en Atención Primaria para los trastornos de ansiedad son los que se denominan “desarrollo de habilidades” y se utilizan para la aplicación del aprendizaje de las técnicas de respiración y relajación, el afrontamiento y manejo del estrés, resolución de problemas y entrenamiento y manejo de ansiedad, entre otras. Así, como apunta la guía de práctica clínica, las experiencias reflejan una mejora de la sintomatología al incorporar intervenciones grupales, cognitivas y de relajación al tratamiento farmacológico ⁹.

3. Características principales de los Trastornos de Ansiedad objeto de estudio

En este apartado nos centraremos en la descripción de los Trastornos de Ansiedad objeto de estudio de esta investigación. Siendo la principal razón el componente de ansiedad y el diagnóstico de trastorno de ansiedad previo inclusión a las intervenciones enfermeras. Atendiendo a mi quehacer diario como enfermera de salud mental, y a partir de las reflexiones que tiene lugar en la praxis, al tratar con mujeres con problemas de ansiedad, sus seguimientos, historias de vida, relación terapéutica en consultas sucesivas, intervención en crisis y acogidas/reacogidas que se establece con ellas, hemos querido centrarnos en las características principales de los trastornos de ansiedad que presentan las mujeres que son tratadas en el Centro de Salud Mental de Águilas y que son los siguientes: a) agorafobia, b) trastorno de pánico, c) trastorno de ansiedad generalizada, d) trastorno mixto ansioso depresivo, e) otros trastornos de ansiedad y f) trastornos de adaptación.

A continuación describimos las características principales de los trastornos de ansiedad, presentes en las pacientes objeto de estudio siguiendo los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

3.1 Trastornos de ansiedad fóbica (F40)

Atendiendo a la CIE-10, este grupo de trastornos de ansiedad se pone en marcha exclusiva o predominantemente en ciertas situaciones bien definidas o frente a objetos que no son en sí mismos generalmente peligrosos. Por tanto, éstos se evitan de un modo específico o son afrontados con temor. La preocupación del paciente pueden centrarse en síntomas tales como palpitaciones o desvanecimiento, acompañándose a menudo de miedos secundarios a morir, a perder el control o a volverse loco. Tal y como indica la clasificación, el imaginar la situación fóbica desencadena una ansiedad anticipatoria.

La ansiedad fóbica no se diferencia, ni vivencial, ni comportamental, ni fisiológicamente, de otros tipos de ansiedad y su gravedad puede variar desde una ligera intranquilidad hasta el pánico.

La ansiedad fóbica y la depresión coexisten a menudo y la mayor parte de los trastornos fóbicos son más frecuentes en las mujeres que en los varones. La ansiedad fóbica suele empeorar durante un episodio depresivo intercurrente. Algunos episodios depresivos se acompañan de una ansiedad fóbica transitoria y los estados de ánimo depresivos acompañan a menudo a algunas fobias, en especial la agorafobia ²⁷.

3.1.1 Agorafobia (F40.0)

El término agorafobia se utiliza para referirse no sólo al temor a los espacios abiertos, sino también a otros relacionados con ellos, como temores a multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro. Engloba un conjunto de fobias relacionadas entre sí, a veces solapadas, como temores a salir del hogar, a entrar en tiendas o almacenes, a las multitudes, a los lugares públicos y a viajar solo (metro, trenes, autobuses, aviones).

La vivencia de la falta de una salida inmediata es uno de los rasgos clave de muchas de las situaciones que inducen la agorafobia ²⁷. En muchas ocasiones, el paciente se siente más seguro si está acompañado, propiciando relaciones de dependencia en cualquier tipo de actividad ²³.

La forma de presentación más frecuente de la agorafobia es en el contexto de un trastorno de angustia y en este caso se denomina trastorno de angustia con agorafobia ¹. Si se exploran los antecedentes del paciente, en muchos casos un primer episodio de pánico originó posteriormente la conducta agorafóbica. Así mismo, lo característico es la conducta de evitación que por lo general es amplia, grave e incapacitante.

La CIE-10 establece la presencia o ausencia del trastorno de pánico en la situación que desencadena la agorafobia y que desglosa en: F40.00 como

agorafobia sin trastorno de pánico y en F40.01 refiriéndose a agorafobia con trastorno de pánico ²⁷.

3.2 Otros trastornos de ansiedad (F41)

El síntoma principal de estos trastornos es la presencia de ansiedad, que no se limita a ninguna situación ambiental en particular. También pueden presentarse síntomas depresivos y obsesivos, e incluso algunos elementos de ansiedad fóbica de manera secundaria o con menor gravedad ³.

3.2.1 Trastorno de pánico (F41.0)

La característica principal del trastorno de pánico o trastorno de angustia (F41.0) es la experiencia de ataques de pánico de forma recurrente e inesperada, no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias particulares, así como preocupación por la posible ocurrencia de otros ataques, sobre las consecuencias de esos ataques o un cambio de comportamiento significativo como resultado de los mismos ¹.

La sintomatología es variable y repentina, con múltiples manifestaciones somáticas, entre las que destacan sobre todo los síntomas cardiorrespiratorios tales como taquicardias, palpitaciones, sensación de asfixia y opresión torácica o las manifestaciones neurológicas como mareo o vértigos, parestesias y sensación de irrealidad (despersonalización o desrealización). Casi constantemente hay un temor secundario a morir, a perder el control o a enloquecer ²³. La mayoría de las representaciones físicas de una crisis de pánico representan hiperestimulación masiva del sistema nervioso vegetativo simpático acompañada por hiperventilación ⁴¹.

Las sensaciones de pánico al comienzo del trastorno parecen venir de “repente”. Más tarde, el pánico es producido a menudo por la reacción de miedo condicionada a algunos lugares o algunos pensamientos atemorizantes en relación con sucesos pasados o por venir. A diferencia de la ansiedad generalizada caracterizada por la existencia de un estado emocional negativo

orientado hacia el futuro, el trastorno de pánico está más relacionado con el sistema de alarma del organismo ⁴².

Tanto la frecuencia como el curso del trastorno, que predomina en las mujeres, son bastante variables. El trastorno de angustia en mujeres tiende a ser más severo que en los hombres y se asocia con tasas elevadas de comorbilidad con agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada.

La agorafobia es una de las consecuencias más discapacitantes del trastorno de pánico. Consiste en tener miedo a presentar ataques de pánico, lo que lleva a los pacientes a confinarse en el hogar, un espacio donde pueden controlar la actividad y los estímulos. Afecta a un 3-4% de hombres frente a un 7-9% de mujeres ³.

En más raros casos los síntomas son fundamentalmente gastrointestinales, como náuseas o diarreas, y en los cuadros agudos también puede aparecer temblor, sudoración, sofocos y escalofríos ²³.

Según la CIE-10 para un diagnóstico definitivo deben presentarse varios ataques graves de ansiedad vegetativa al menos durante el período de un mes en circunstancias en las que no hay peligro objetivo, no sólo en situaciones conocidas o previsibles y en el período entre la crisis el individuo debe además estar relativamente libre de ansiedad aunque es frecuente la ansiedad anticipatoria leve ²⁷.

Una forma de relajación conocida como relajación aplicada ha mostrado resultados prometedores como tratamiento de los ataques de pánico. Conlleva el entrenamiento en relajación muscular progresiva hasta que el paciente se muestre habilidoso en el empleo de procedimientos de control por medio de señales, aplicado a una jerarquía de tareas provocadoras de ansiedad ⁴³.

3.2.2 Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular, se trata de una “angustia libre flotante”²³. En muchos pacientes, se manifiesta prácticamente con la apariencia de un rasgo de la personalidad como “el paciente nervioso de toda la vida”¹.

Su prevalencia vital se sitúa en torno al 5%, siendo un trastorno más frecuente entre las mujeres (relación 2:1) y su momento de aparición suele ser la edad adulta.

Lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas²³.

Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

Según la CIE-10, la persona afectada debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de aprensión, tensión muscular e hiperactividad vegetativa²⁷.

Para el DSM-IV-TR la característica clínica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y preocupación excesiva o expectación aprensiva que se observan durante un periodo superior a seis meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones. Estas preocupaciones constituyen el síntoma patognomónico de este trastorno y se acompañan como mínimo de tres de los siguientes síntomas: inquietud, fatiga precoz, dificultades de concentración, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño²⁸.

La relajación es un tratamiento psicológico de gran interés para hacer frente a la ansiedad generalizada³⁶. El tratamiento con benzodiazepinas debe ser

prolongado, de varios meses, y acompañado de técnicas de relajación y psicoterapia, para intervenir sobre los aspectos periféricos de la ansiedad y sobre los nucleares ³⁷.

3.2.3 Trastorno mixto ansioso depresivo (F41.2)

La CIE-10 incluye bajo el epígrafe F41.2 el trastorno mixto ansioso-depresivo, para referirse a aquel paciente que puede presentar una gran variedad de síntomas de ansiedad o depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Cuando ambas categorías de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual, la CIE-10 recomienda la utilización de ambos trastornos por separado y no únicamente esta categoría. Por otro lado, si los síntomas se presentan estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, se utilizará la categoría F43.2, trastornos de adaptación ²⁷.

Las características principales de este cuadro clínico son las siguientes: a) presentación simultánea y crónica de diversos síntomas no graves de ansiedad y de depresión (frecuentemente somatizados) en ausencia de otro trastorno mental grave; b) cambios temporales en el predominio de los síntomas de depresión y de ansiedad; c) establecimiento gradual del cuadro clínico e inexistencia de acontecimientos traumáticos; y d) rasgos de personalidad evitadora, dependiente u obsesiva ³⁶.

3.2.4 Otros trastornos mixtos de ansiedad (F41.3)

Según la CIE-10 esta categoría debe utilizarse para aquellos trastornos en los que se satisfagan las pautas de trastornos de ansiedad generalizada (F41.1), y que tengan además características destacadas de otros trastornos (trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos F40-48) aunque no se satisfagan las pautas completas de este trastorno adicional.

Los ejemplos más frecuentes son el trastorno obsesivo-compulsivo (F42.-); los trastornos disociativos (F44.-); los trastornos de somatización (F45.0); el

trastorno somatomorfo indiferenciado (F45.1) y el trastorno hipocondríaco (F45.2). Como decíamos al hablar del trastorno mixto ansioso depresivo y siguiendo a la CIE-10, si los síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno aparecen en estrecha asociación con cambios significativos de la vida o acontecimientos vitales estresantes se utiliza la categoría de trastornos de adaptación (F43.2) ²⁷.

3.3 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación (F43)

En esta sección se incluye trastornos que se identifican además de con la sintomatología y el curso, con los antecedentes de un acontecimiento biográfico, excepcionalmente estresante capaz de producir una reacción a estrés agudo o la presencia de un cambio vital significativo, que de lugar a situaciones desagradables persistentes y que se explican a continuación.

3.3.1 Trastornos de adaptación (F43.2)

Se trata de estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales, que por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el periodo de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento estresante.

El riesgo de aparición y la forma de expresión de las manifestaciones de los trastornos de adaptación están determinadas de un modo importante por una predisposición o vulnerabilidad individual, sin embargo hay que tener presente que el trastorno no se hubiera presentado en ausencia del agente estresante ²⁷.

El factor estresante puede ser único o múltiple como por ejemplo la muerte de una persona significativa que coincide con una enfermedad física personal o pérdida de empleo. Los factores pueden ser recurrentes como las dificultades laborales ligadas a determinados períodos del año, o continuos, como una enfermedad crónica o el déficit de recursos económicos y/o psicosociales. También puede limitarse a una persona o aparecer en el contexto de un grupo o comunidad o incluso relacionarse con determinadas situaciones en la evolución

de una persona tales como el inicio de la escolarización, matrimonio, abandono del hogar, imposibilidad de lograr objetivos profesionales, que un familiar abandone el hogar, la jubilación, etc ⁴⁴. Las reacciones de duelo normales adecuadas a la cultura del individuo ante la muerte de un ser querido no se incluyen en este diagnóstico ²⁷.

Las manifestaciones son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas. El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede de seis meses, excepto para la reacción depresiva prolongada. Si la duración de los síntomas persiste pasado este tiempo, el diagnóstico debería modificarse de acuerdo con el cuadro clínico presente ²⁷.

A la luz de lo anterior, podemos afirmar que la ansiedad es en principio una emoción humana normal, con una función activadora ante una amenaza, de tal modo que moviliza tensión o actividad con la finalidad de aumentar la capacidad de respuesta de la persona. Sin embargo, la ansiedad puede convertirse en patológica en el momento en que el estímulo no la justifica o se produce de forma intensa o prolongada en el tiempo dificultando el normal funcionamiento del individuo y su incapacidad para controlarla y generar una respuesta adaptada; además de acompañarse de sintomatología física, cognitiva y emocional. También hemos querido señalar que suele formar parte de una serie de cuadros clínicos, apuntando algunas nociones y características principales; dejando de relieve la perspectiva general de cada profesional implicado. Entre las entidades clínicas descritas, nos hemos centrado en aquellas que con mayor frecuencia tienen lugar en nuestro quehacer diario como enfermeras especialistas en salud mental.

CAPÍTULO II

COMORBILIDAD DE LOS
TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y SU
CONEXIÓN CON EL GÉNERO

Capítulo II: COMORBILIDAD DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y SU CONEXIÓN CON EL GÉNERO

Se define comorbilidad como la coexistencia en el mismo paciente de dos trastornos, bien en su relación retroactiva pasada o en su situación actual. Si bien, el tema de la comorbilidad y la clasificación es sumamente complejo e implica diferentes modelos (jerárquico, dimensional frente a categoriales, etc.), lo cierto es que la coexistencia de dos o más trastornos puede implicar diversas opciones a) independientes en su origen pero aparición conjunta; b) independientes en su origen pero confundidos en cuanto al diagnóstico en una presentación mixta, o c) tener una relación primaria-secundaria ^{45, 46, 35}.

1. Relación entre ansiedad y depresión en la mujer

Los constructos diagnósticos de tipo dimensional postulan la existencia de un continuum entre la ansiedad y la depresión. Así, autores como Van Praag citado por Vallejo Ruiloba, proponen un modelo de enfermedad que iría desde la ansiedad a la depresión ³⁵. Aunque habitualmente se suele considerar que la depresión y ansiedad son entidades independientes, lo más frecuente es que aparezcan de manera conjunta, en mayor o menor medida, en un mismo paciente. Es por ello, que la coexistencia de la depresión y la ansiedad es ahora entendida más como una norma que como una excepción ^{47, 48, 49}.

El reconocimiento de un trastorno mixto ansioso-depresivo en el sistema clasificatorio de la CIE-10 se basa en estos postulados. En sentido contrario, existen modelos dicotómicos categoriales que proponen que ansiedad y depresión son dos trastornos bien diferenciados entre sí, que pueden coexistir en determinados pacientes por el simple hecho de ser ambos trastornos muy prevalentes ^{23,35}. Siguiendo esta misma línea, podemos encontrar, en la distinción de la ansiedad y la depresión, el cúmulo de trabajos más significativos procede del grupo de Newcastle. Las conclusiones a sus trabajos señalan que a pesar

que los síndromes de ansiedad y depresión se solapan, son síndromes diagnósticos diferentes^{50, 51}.

Sin embargo, el modelo mixto propugna la existencia de un trastorno ansioso-depresivo independiente, cuyo curso es crónico, tiene pocos desencadenantes, escasa reactividad a los episodios ambientales, pobre respuesta a placebo y a los antidepresivos e incluso más elevada mortalidad que otros grupos depresivos o neuróticos, como apuntan algunos autores^{52, 35}.

La edición española sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento de la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), en sus investigaciones acerca de los Trastornos del Humor, denomina a la Distimia (F 34.1) como una depresión crónica del estado de ánimo que no corresponde con la descripción o las pautas para el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve o moderado (F33.0, F33.1), por su gravedad o por la duración de los episodios. La proporción entre las fases recortadas de depresión leve y los períodos intermedios de comparativa normalidad es muy variable. Los enfermos tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface. Están meditabundos y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana²⁷.

Los síntomas que definen el Trastorno Distímico según la CIE-10 son muy similares a los del DSM-IV (insomnio, falta de energía o fatiga, dificultad de concentración, baja autoestima, pérdida de interés o capacidad para el placer, sentimiento de desesperanza) y entre los criterios empleados para la investigación en la CIE-10 requieren tres de once síntomas, entre los que se incluyen algunos no presentes en el DSM-IV como llanto frecuente, incapacidad percibida para afrontar las responsabilidades de la vida cotidiana y disminución de la locuacidad^{28, 35}.

Como punto diferencial entre ambos criterios de diagnóstico, cabe señalar que en el DSM-IV requiere que el trastorno ocasione un sufrimiento o deterioro clínicamente significativo en el área social, ocupacional u otras para diferenciar el trastorno distímico de los problemas de la vida cotidiana, en tanto que en la CIE-10 no se incluye este criterio de deterioro funcional.

Se ha asociado a la presencia de enfermedades físicas, como dolor pélvico crónico o síndrome de colon irritable, a enfermedades neurológicas (enfermedad de Parkinson, Accidente Cerebro Vascular (ACV), esclerosis múltiple, epilepsia, enfermedad de Alzheimer) y a molestias gastrointestinales funcionales. También se ha relacionado con un pobre funcionamiento psicosocial y académico en la infancia.

Concretamente, los trabajos de Tyrer y su grupo señalan que la coexistencia de síntomas ansiosos y depresivos es frecuente en una subpoblación que corresponde a los pacientes categorizados como distímicos, que fluctúan clínicamente y que en determinados momentos evolutivos se diagnostican de depresión neurótica, de ansiedad generalizada, de trastorno mixto ansioso-depresivo u otros trastornos, pero que en cualquier caso, reflejan la inconsciencia de la clínica, posiblemente eco de un trastorno de personalidad de base. Sin olvidar el impacto de la comorbilidad en salud mental y más concretamente de los trastornos depresivos en el funcionamiento social de las personas con algún trastorno de personalidad ^{52,35,53,54}. Se trata de un grupo indeterminado pero numeroso de pacientes con una mezcla fluctuante de síntomas depresivos, ansiosos y aún obsesivos, generalmente crónicos y no muy graves, que se presentan frecuentemente de una forma somatizada y que contribuyen a empobrecer de forma significativa la calidad de vida de los sujetos afectados ³⁶.

La distimia, a semejanza de las depresiones mayores, también se presenta con mayor frecuencia en mujeres que en varones, en una relación aproximada de dos mujeres por cada varón ³⁵. Con una frecuencia para las mujeres del doble

o el triple que para los hombres. Se considera que es más frecuente en mujeres de edad media, soltera y de escasos recursos económicos. En el estudio realizado por la OMS se encontró una prevalencia del 2,1 % de los pacientes atendidos en los centros de atención primaria ⁵⁵.

En relación a la distimia, en los estudios epidemiológicos comunitarios se ha encontrado una prevalencia aproximada del 3% ^{56,1} y una prevalencia de 4,1 % según los resultados del estudio epidemiológico de prevalencia de los trastornos mentales en seis países europeos entre enero de 2001 y agosto de 2003. La distimia es dos veces más común en mujeres. Estas diferencias entre sexos no emergen hasta la adolescencia; el paso de la pubertad a la adolescencia y los efectos directos de los niveles hormonales en el cerebro no es suficiente, además se acompaña de factores culturales, relacionales, familiares, estado civil, nivel educativo, etc ².

En el caso de la depresión, Bleichmar en su estudio “la depresión en la mujer” señala la mayor proporción de mujeres que sufren depresión mayor en su vida, reduciéndose a la mitad en los hombres ⁵⁷.

Entre las diferencias en el marco de la visión clásica de la depresión, encontramos por un lado, el hecho de que las mujeres internalizan sus sentimientos en mayor medida que los hombres y se autoculpabilizan de la incompetencia o el fracaso lo que les conduce a depresión, mientras que los hombres culpan a otros lo que les llevaría a enfado. De otra parte, frente a los hombres, las mujeres presentan con mayor prevalencia, un estilo pasivo y repetitivo de afrontar los problemas ⁵⁸.

En la actualidad la opinión más generalizada es que cuando coexisten el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor, independientemente de cuál haya sido el primero en aparecer, se produce un fenómeno unitario que sólo puede describirse desde el punto de vista de la gravedad y cronicidad.

En ciertos casos, la ansiedad y la depresión constituyen síndromes puros, pero frecuentemente se solapan, de tal forma que no resulta extraño en la práctica observar depresiones con una gran carga de ansiedad o cuadros de angustia que presenta características propias de sintomatología depresiva ³⁵.

Según Hamilton (1983), el 95% de pacientes depresivos presentan síntomas psíquicos de ansiedad y el 85% se aquejan de síntomas somáticos. Esto incluye no solamente humor ansioso como un estado de aprensión continua, sino también irritabilidad, dificultad para relajarse y para concentrarse. Por tanto, según el autor la mayoría de las depresiones se presentan con los síntomas habituales de los estados de ansiedad ⁴⁹.

2. Diferencias de género en los trastornos mentales comunes: ansiedad y depresión

Los trastornos mentales comunes como la ansiedad y la depresión son problemas de salud de prevalencia y relevancia creciente entre las mujeres ⁵⁹. Estos trastornos, más prevalentes entre las mujeres, afectan aproximadamente a una de cada tres personas de la población general y constituye un serio problema de salud pública ⁵.

Según el estudio de Isabel Montero et al. que sitúa la prevalencia para la globalidad de los trastornos mentales entre el 18,7% y el 36,1%, explica que el exceso de morbilidad psiquiátrica se debe fundamentalmente a la presencia más elevada de cuadros ansiosos, depresivos y fóbicos entre las mujeres. Evidencian diferencias significativas de morbilidad psiquiátrica en diferentes grupos de edad, su relación con la experiencia de prestar cuidados e identifica los cuadros afectivos y ansiosos como una tendencia que siguen las mujeres generalmente a partir de una edad mediana. Añaden el papel que el trabajo desempeña en el bienestar psicológico de las mujeres, las influencias de roles sociales. De otro lado, exponen como las fluctuaciones de progesterona y estrógenos pueden contribuir a los cambios que se producen en el ánimo de algunas mujeres ⁶⁰.

Como señala el informe sobre salud mental y género de la Organización Mundial de la Salud en 2002, las diferencias de género se establecen entre las enfermedades mentales comunes, presentándose con doble frecuencia entre las mujeres. La alta tasa de comorbilidad asociada a los trastornos de ansiedad y depresivos incrementa los factores de riesgo asociados a estas patologías mentales ⁵.

La mayor importancia de estas entidades en las mujeres está relacionado con el contexto sociocultural y las vivencias provocadas por factores psicosociales de género, por los consensos y los modelos estereotipados de roles para hombres y mujeres y los ideales de feminidad y masculinidad que imponen. Determinadas formas de dolor y las alteraciones mentales comunes son expresiones del malestar de las mujeres. Tal y como Velasco Arias et al. aportan en sus investigaciones, los principales determinantes psicosociales para las mujeres, son las cargas del rol tradicional, el trabajo de cuidadora y los conflictos de pareja, entre otros ⁵⁹.

Los mecanismos que se utilizan para explicar estas diferencias pertenecen a diferentes formulaciones. Por un lado, los factores constitucionales, genéticos y endocrinos, que condicionan las diferencias de morbilidad psiquiátrica entre ambos sexos. Los factores hormonales en torno a los cuales se ha planteado la existencia de “trastornos” tales como el síndrome premenstrual, la depresión postparto o la menopausia, a los que tradicionalmente se les ha atribuido cualquier diferencia en la salud de la mujer respecto a la de los hombres ⁶¹. Los adeptos de las teorías ambientalistas que defienden las variables socioculturales, que actúan a través de roles y patrones de conducta impuestos socialmente y su influencia en el modo en que hombres y mujeres, manifiestan su sufrimiento psicológico y las estrategias que adoptan para satisfacer sus necesidades de atención ⁶⁰. El modelo psicosocial trata de explicar las diferencias entre mujeres y hombres en base a diferencias a nivel intrapsíquico e interpersonal analizando variables como la personalidad, el afrontamiento, la vivencia de la enfermedad ⁶¹.

Para la mayoría de la mujeres, la causa del malestar y sufrimiento presente en estos problemas de salud, es la contradicción y dificultades para resolver los conflictos de rol que se presentan en la vida cotidiana en el artefacto cultural de género. A mayor rigidez en el desempeño de los roles de género más tensiones puede llegar a producir la distancia entre las idealizaciones y la realidad personal, potenciando las contradicciones e insatisfacciones y en consecuencia, produciendo efectos psicosociales y de salud ⁶².

A luz de lo anterior, cabe señalar que las relaciones clínicas entre la ansiedad y la depresión son estrechas, especialmente en lo que concierne a los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos en las mujeres. Queda así reflejada la importancia de identificar otros trastornos mentales asociados a los trastornos de ansiedad y otros factores, como determinados rasgos de personalidad que puedan afectar el pronóstico de los mismos.

Es de este modo, que resulta importante resaltar que aunque habitualmente se suelen considerar la depresión y la ansiedad como entidades independientes, lo más frecuente en la práctica diaria es su aparición conjunta coexistiendo al mismo tiempo ambas entidades diagnósticas.

Deseamos poner atención en la importancia de las diferencias de género en estas enfermedades, como ya hemos señalado y su mayor frecuencia en las mujeres en el marco de diversos factores tales como psicosociales, biológicos, ambientales, educacionales, laborales, etc.

Las técnicas de relajación constituyen una de las intervenciones enfermeras de utilidad en el manejo de los síntomas de ansiedad y en la promoción de la salud mental de las mujeres. Atendiendo a esto, en el siguiente capítulo ofrecemos una visión de la relajación como intervención aportando una perspectiva histórica de los comienzos de la misma y algunas investigaciones de interés que hacen uso de éstas.

CAPÍTULO III

UTILIZACIÓN DE LA RELAJACIÓN COMO INTERVENCIÓN

Capítulo III: LA UTILIZACIÓN DE LA RELAJACIÓN COMO INTERVENCIÓN

El propósito de este capítulo es proporcionar un primer contacto con las técnicas de relajación. Para ello se expone el desarrollo de las mismas desde sus inicios, los tipos de relajación haciendo más énfasis en el entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson, el entrenamiento autógeno de Schultz, el entrenamiento en respiración-meditación de Benson y unas nociones sobre la importancia del control respiratorio como estrategia para hacer frente a situaciones ansiógenas. De otra parte, dedicamos un apartado en el que se expone el interés de conceptualizar la modalidad de la intervención enfermera y las razones que justifican que las intervenciones enfermeras de relajación puedan desarrollarse a nivel grupal. Para finalizar, mencionamos algunas investigaciones de interés que hacen uso de las técnicas de relajación en el contexto del manejo de los síntomas relacionados con la ansiedad.

1. Perspectiva histórica sobre los inicios de las técnicas de relajación

La relajación muscular ha sido utilizada para una gran variedad de enfermedades psicosomáticas y relacionadas con el estrés. El reconocimiento y el valor de dedicar tiempo para relajarse en las sociedades occidentales es cada vez mayor, adoptando técnicas de la cultura oriental como el yoga, la meditación Zen y varias otras formas de meditación practicadas durante centenarios ⁶³.

La relajación progresiva es el más antiguo de los enfoques “modernos” para desarrollar la relajación ⁶⁴. La primera evaluación empírica de la relajación muscular y la tensión, corresponde al trabajo del fisiólogo Edmund Jacobson y su colega y estudiante F. J. McGuigan, quienes defendieron que la tensión muscular es una respuesta conductual que modula la respuesta analógica discriminativa o contingente al patrón de acción realizado donde el comportamiento derivado de la tensión muscular incrementa la reacción emocional por activación y excitabilidad de los circuitos del sistema nervioso autónomo. La representación

fisiológica (ej. incremento de la motilidad intestinal, de la actividad hormonal, frecuencia cardíaca) asociada a tensión representa ansiedad o estrés ⁶⁵.

El desarrollo del entrenamiento en relajación consta de dos fases distintas. La primera fase empezó con el trabajo de Edmund Jacobson, quien en 1934 desarrolló un método fisiológico para combatir la tensión y la ansiedad. La segunda fase se inició con Joseph Wolpe, quien modificó los procedimientos de Jacobson y los aplicó en un programa sistemático de tratamiento que se conoce como desensibilización sistemática ⁶⁶.

Jacobson fue un psicofisiólogo dedicado al campo del estudio electrofisiológico de la actividad neuromuscular. Empezó su trabajo en 1908 en la Universidad de Harvard. Sus primeras investigaciones le llevaron a la conclusión de que la tensión implicaba esfuerzo que se manifestaba en el acortamiento de las fibras musculares, que esta tensión se presentaba cuando una persona manifestaba ansiedad y que tal ansiedad podía ser eliminada haciendo desaparecer la tensión. Descubrió que tensando y relajando sistemáticamente varios grupos de músculos y aprendiendo a discriminar las sensaciones resultantes de la tensión y la relajación, una persona puede eliminar, casi completamente, las contracciones musculares y experimentar una sensación de relajación profunda.

El procedimiento básico de relajación de Jacobson incluyó quince grupos musculares que eran tratados en sesiones diarias que duraban entre una hora y nueve horas en un total de cincuenta y seis sesiones de entrenamiento sistemático ⁶⁷.

Dada la gran cantidad de tiempo que se requería para el entrenamiento en la relajación de Jacobson, Wolpe da como resultado dos evoluciones, primero la exposición graduada a la vida real, más tarde la exposición graduada imaginada a los estímulos temidos y segundo, la modificación del entrenamiento de relajación en un programa que podía ser completado en seis sesiones de veinte minutos con dos sesiones de práctica diaria en casa de quince minutos, entre las

sesiones de entrenamiento. El terapeuta dirige el entrenamiento a través de instrucciones verbales presentadas durante las sesiones de relajación.

La importancia del trabajo de Joseph Wolpe es doble, por un lado la reducción en la cantidad de tiempo de terapia dedicado al entrenamiento y por otra pone el énfasis del tratamiento en las circunstancias que rodean la aparición de la ansiedad, más que sobre la respuesta de ansiedad en sí misma con el desarrollo de una respuesta incompatible como es la relajación ⁶⁶.

La técnica madre de J. H. Schultz, *el entrenamiento autógeno*, sirvió de punto de partida de casi todos los métodos existentes. Según Sapir y sus colaboradores su acción terapéutica es de orden sintomático; sus consignas breves y estereotipadas inducen un estado hipnoide que impide que toda elaboración permanezca en contraposición con la libertad. Es también, la introducción de la noción de diálogo tónico la que confiere al cuerpo su dimensión psicoanalítica, pero usando las palabras, sus variaciones y alternancia con el silencio, estimulando de esta manera el potencial de imágenes de los pacientes cualquiera que sea el candado de sus defensas ⁶⁸.

Jacobson introdujo la relajación muscular progresiva, Wolpe la popularizó y Bernstein y Borcovec la estandarizaron para su manejo clínico e investigación ⁶⁹.

En 1973, Bernstein y Borkovec desarrollan un manual de instrucciones de relajación progresiva adoptado en la práctica clínica y la investigación. Parte central de este procedimiento es la sistematización de la tensión y relajación de los grupos musculares seguidos de instrucciones para centrar la atención en las sensaciones fisiológicas. Por otro lado, incluyen sugerencias e imaginación guiada para inducir la relajación ⁷⁰.

2. La relajación y sus modalidades

La tensión de los músculos es una reacción fisiológica frecuente en los estados de ansiedad o miedo. En situaciones de peligro presente, es adaptativo para el organismo tensar los músculos con el propósito de prepararse para la acción y garantizar la supervivencia pero, también puede producirse de forma crónica donde existe una preocupación o expectativa ansiosa frente a la aparición de un peligro potencial futuro, no presente o inespecífico.

En la reducción del estado de tensión muscular, se pueden utilizar diversas técnicas de relajación como la relajación muscular progresiva o alguna de sus variantes, el entrenamiento autógeno, el uso de imágenes mentales, de yoga o de distintas formas de meditación ¹⁵.

La relajación en sentido estricto, constituye un típico proceso psicofisiológico de carácter interactivo, donde lo fisiológico y lo psicológico no son simples correlatos uno del otro, sino que ambos interactúan siendo partes integrantes del proceso, como causa y como producto.

La relajación muscular es una importante técnica terapéutica en el tratamiento moderno de los trastornos de ansiedad. La relajación puede reducir la ansiedad porque representa algo que los pacientes pueden hacer para ejercer control, percibiendo como incompatibles los estados de tensión y de relajación, pero es necesario hacer ver al paciente que los beneficios están ligados a la frecuencia de la práctica ^{71,72}.

Desde el frente de la propia investigación psicofisiológica, y a partir de las críticas de John Lacey (1967) a la Teoría general de activación, ha ido quedando claro que no podemos hablar de un único mecanismo de activación, de tipo general que asume que existe una única dimensión de activación del organismo que debe reflejarse tanto a nivel fisiológico como a nivel conductual y subjetivo, sino que hay que aceptar la existencia de múltiples mecanismos de activación con sus propias características, entendiéndolo como un concepto

multidimensional. Las técnicas de desactivación deben entenderse dirigidas a modificar mecanismos de activación y desactivación diferentes.

Las tres técnicas de desactivación que se indican a continuación ejemplifican las tres formas de intervenir sobre los mecanismos diferentes de activación-desactivación.

2.1 Entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson

Es una técnica de desactivación basada en un mecanismo fisiológico periférico: el control de la musculatura esquelético-motora. Jacobson utilizó el término de relajación, para referirse en sentido estricto, al estado de desactivación muscular ⁶⁷.

Jacobson define su método como “una reducción progresiva voluntaria de la contracción, tono o actividad de los músculos y del sistema nervioso motor correspondiente. Si la relajación se limita a un determinado miembro o grupo muscular, es calificada de local; si afecta a todo el cuerpo, de general”.

Partiendo de la relajación muscular local, el sujeto se va entrenando progresivamente en la relajación de los diferentes grupos musculares y llega, finalmente, mediante entrenamiento diario, a un “hábito de reposo” que se automatiza como actitud corporal (“habit of repose”) ⁷³.

Su objetivo último era conseguir un procedimiento de relajación eficaz que ayudara a las personas con problemas psicológicos y psicosomáticos a eliminar el exceso de tensión muscular supuestamente causante de sus síntomas con un método fisiológico centrado en el control muscular periférico.

El método de aprendizaje del control muscular consiste en entrenar tres habilidades básicas:

- La habilidad de percibir y discriminar adecuadamente la presencia de tensión muscular en cada uno de los músculos del cuerpo.
- La habilidad de reducir al máximo la tensión presente en los músculos.

- La habilidad de relajar diferencialmente los músculos durante la realización de tareas.

El procedimiento propuesto por Jacobson incluye 71 ejercicios correspondientes a 15 grupos musculares distintos. La secuencia de ejercicios empieza por las extremidades (brazos y piernas), sigue por el tronco, cuello y cabeza y termina en los músculos de los ojos y del lenguaje oral. Cada uno de los ejercicios se realiza, al menos, durante una sesión diaria, que puede durar una o dos horas.

Durante la primera parte de la sesión la persona debe aprender a reconocer la tensión de los músculos que se van a entrenar y para ello realiza ejercicios de tensión-relajación específicos para cada músculo, con diferentes grados de intensidad, hasta llegar a detectar niveles mínimos (residuales) de tensión. La segunda parte de la sesión se dedica sólo a relajar el músculo, dejando que la tensión vaya desapareciendo por sí sola.

Una vez adquiridas estas dos habilidades aplicadas a la secuencia completa de músculos, el paciente pasa a aprender la relajación diferencial que consiste en aprender a relajar los músculos no implicados funcionalmente en las actividades de la vida cotidiana, aprender a percibir la presencia de tensiones innecesarias y a reducirlas mientras se mantienen los niveles de tensión ajustados a las actividades que se realizan. Desde el punto de vista electrofisiológico, el músculo estará relajado cuando no se produzcan potenciales de acción que lo contraigan. Los registros electromiográficos durante el entrenamiento lo confirman ⁶⁷.

El trabajo de Jacobson está enfocado sobre un trabajo muscular psicofisiológico y a través del mismo llega a un concepto general de relajación. Como afirma Schultz, Jacobson se limita a indicar que los resultados obtenidos con su "relaxation" no tienen nada que ver con la sugestión, sino que son efecto de un método de entrenamiento puramente psicofisiológico y que pese a estas

diferencias vislumbró la posibilidad de una amortiguación de la resonancia de los efectos, enmarcándola en su método ⁷³.

Sin embargo, el procedimiento original de Jacobson, con evaluaciones psicofisiológicas a lo largo del entrenamiento, no es el que normalmente se aplica en contextos clínicos, debido fundamentalmente a su larga duración. Wolpe fue el primero en desarrollar una versión abreviada para incorporarla a la terapia de conducta como complemento de la desensibilización sistemática ⁷⁴.

Los principales cambios introducidos fueron de tres tipos: a) la reducción de los ejercicios combinándolos en grupos musculares más amplios para ser aplicados en un menor número de sesiones; b) reducción de la duración de las sesiones de práctica en casa con una recomendación de sesiones diarias de veinte minutos de duración, y c) incorporación de sugerencias verbales con el objetivo de facilitar la inducción de la relajación en el menor tiempo posible.

Existen versiones modificadas de la técnica de Jacobson, como es el entrenamiento en relajación conductual de Poppen, el cual se centra en entrenar posturas relajadas de las diferentes partes corporales, más que en reducir los niveles fisiológicos de la tensión. Otra versión, es la relajación por estiramiento de Carlson y Hoyle que sustituye los ejercicios de tensión-relajación por los ejercicios de estiramiento-relajación.

Siguiendo la tradición de Jacobson, su uso en investigación ha dado lugar a nuevas técnicas de relajación basadas en la retroalimentación a la persona de los niveles de actividad electromiográfica presente en los músculos a través de técnicas conocidas con el nombre genérico de biofeedback ⁶⁷.

La mayoría de los autores que utilizan la técnica de relajación progresiva han adaptado y simplificado la técnica de Jacobson debido a que se pueden obtener los mismos resultados con 8-10 sesiones, más las sesiones de práctica en casa, que con las 90 originales de Jacobson ⁷⁵.

El entrenamiento en relajación progresiva tiene una amplia historia en la aplicación clínica como estrategia de tratamiento primario para numerosos trastornos y como componente en la desensibilización sistemática de fobias. Borkovec y sus colegas plantearon que la relajación progresiva contiene dos elementos del procedimiento elementales como es la focalización de la atención en las sensaciones de tensión y relajación muscular como componentes incompatibles en el programa de relajación progresiva ^{76,77}.

2.2 El entrenamiento autógeno de Schultz

El entrenamiento autógeno es uno de los métodos de relajación más extendidos entre los psicólogos y médicos europeos. Johannes Schultz, neurofisiólogo alemán, empezó a desarrollar su método en las primeras décadas del siglo XX, en la misma época en que Jacobson comenzaba el suyo ⁶⁷.

La denominación del método de entrenamiento autógeno fundado por Schultz deriva del griego “autos” (sí mismo), “gen” (devenir), es decir: una ejercitación o entrenamiento, desarrollado a partir del propio “sí mismo” del sujeto y que configura a dicho “sí mismo”, que exige por parte de quien aprende un esfuerzo de concentración interna ⁷⁸.

Los primeros trabajos de Schultz datan de 1909 y 1916 y su obra más conocida es el libro *Entrenamiento Autógeno: autorrelajación concentrativa*, publicado en 1935. En la edición de 1965, Schultz incorpora un capítulo dedicado a la relajación progresiva y comenta que Jacobson es el único autor que ha llegado a conclusiones coincidentes en múltiples aspectos con las suyas ^{67,79}.

El principio sobre el que se fundamenta el método consiste en producir una transformación general del sujeto de experimentación mediante determinados ejercicios fisiológicos y racionales y que, en analogía con las más antiguas prácticas hipnóticas exógenas, permite obtener resultados idénticos a los que se logra con los estados sugestivos auténticos.

Los trabajos de Oskar Vogt son los que permiten a Schultz adentrarse en estos problemas y en los estudios sobre hipnosis y enfermedades nerviosas. Algunas personas eran capaces de sumirse a sí mismas en estado hipnótico mediante autohipnosis. O Vogt citado por Prévost, afirma que la autohipnosis se convierte así en un medio para obtener intervalos profilácticos de reposo. De este modo, si una persona es capaz de provocarse a sí mismas estados hipnóticos, es capaz de obtener de este modo, sosiego y restablecimiento en periodos de crisis físicas o psíquicas de cualquier género e impedir que excitaciones alcancen un grado nocivo ⁷⁸.

Es en el contexto de las primeras etapas del psicoanálisis, en el que Schultz empezó a interesarse por la hipnosis y a desarrollar su técnica de entrenamiento autógeno. El estado de focalizarse en el interior y de desconectarse de la realidad inmediata es lo que se conoce con el nombre de trance hipnótico. Este estado de trance hipnótico se consigue generalmente mediante el uso de sugerencias orientadas a evocar sensaciones subjetivas de peso, calor, cansancio, sueño, calma y sosiego. En las primeras fases de la inducción hipnótica se utilizan instrucciones de relajación general seguidas de sugerencias de peso y calor como en el entrenamiento autógeno ⁶⁷.

Schultz sólo brinda como fundamento lógico de la secuencia que él inventó las sensaciones inducidas en los sujetos en estado de hipnosis, esencialmente y en primer lugar la pesadez y después el calor. Para Schultz, se relaja primero el sistema muscular (de relajación), después el calor sería la integración del sistema vascular. Seguidamente, ejercicios que condicionan el pasaje a las autorregulaciones del corazón y la respiración.

Para abordar el abdomen y el plexo, así como la frescura de la frente, se vuelve a la hipnosis, a los baños sedantes y al sueño nocturno.

El orden en que suceden las inducciones en el método de Schultz es: brazo pesado, cuerpo pesado, brazo caliente, cuerpo caliente, corazón, respiración, plexo y frescura en la frente ⁷³.

Reconociendo los efectos terapéuticos de la hipnosis, Schultz se proponía mediante una serie de ejercicios, entrenar a sus pacientes en una autohipnosis fraccionada para conducirlos a “un estado bienhechor de relajación análoga al sueño, sin recurrir a una sugestión extraña”.

Los ejercicios en cuestión, estimulados por inducciones verbales y táctiles, tienden a producir en los pacientes, sucesivamente, impresiones de calma, de pesadez, de calor, la percepción del ritmo cardíaco y respiratorio, la sensación de frescura en la frente, etc.

La sugestión puede definirse como un mecanismo cognitivo por el que determinadas instrucciones y operaciones mentales generan determinados cambios fisiológicos y psicológicos.

Una de las primeras teorías propuestas para explicar los efectos fisiológicos de la sugestión fue la llamada Teoría ideomotora del pensamiento. El postulado central de esta teoría es la capacidad de concentrarse absolutamente en una idea o de imaginarse vívidamente algo y su respuesta motora consecuencia de esa idea o imagen.

En la sugestión el circuito neurofisiológico, en lugar de partir de la respuesta para llegar, a través del sistema nervioso central a la idea, parte de la idea para llegar a la respuesta por la existencia de circuitos neurales de carácter circular, de ida y vuelta, entre el cerebro y los sistemas periféricos eferentes.

El entrenamiento autógeno de Schultz es una técnica de desactivación basada en un mecanismo cognitivo: la concentración y autosugestión hipnótica con un procedimiento estandarizado para autogenerar sugestiones a través de ejercicios de concentración mental. Su objetivo es la relajación fisiológica mediante la realización de una serie de ejercicios mentales previamente formulados.

Requiere una reducida estimulación ambiental, una posición de reducida tensión muscular, con los ojos cerrados, un estado anímico relativamente plácido

y una temperatura agradable puesto que el objetivo principal de la manipulación ambiental previa al comienzo de la relajación autógena, es la disminución de estímulos que pudieran interferir en el proceso de concentración ⁸⁰.

El entrenamiento autógeno propone seis fórmulas estándar en las que hay que concentrarse progresivamente y están diseñadas para inducir cambios fisiológicos en seis zonas del cuerpo: a) los músculos; b) los vasos sanguíneos; c) el corazón; d) la respiración; e) los órganos abdominales y f) la cabeza. Cada fórmula corresponde a un ejercicio.

Según Schultz las personas suelen tardar, de promedio, quince días de entrenamiento diario para dominar cada ejercicio. Cada sesión requiere seguir un esquema fijo con tres fórmulas: de inicio, de ejercicios y de retroceso ⁸¹.

2.3 El entrenamiento en respiración-meditación de Benson

Es una técnica de desactivación basada simultáneamente en un componente cognitivo: el control de las interacciones cardio-respiratorias, por una parte, y la meditación por otra ⁶⁷.

Herbert Benson, profesor de fisiología en la Universidad de Harvard, publicó en 1975 el libro *la respuesta de relajación*, en el que presenta un análisis de la relajación como una respuesta contraria a la respuesta de estrés, y propone un procedimiento sencillo para entrenar la respuesta de relajación.

Benson extrae de las prácticas de meditación, que han utilizado desde antiguo diferentes religiones, sus aspectos esenciales y los combina con el entrenamiento en un patrón respiratorio que facilita la respuesta fisiológica de relajación.

El libro de Benson está muy centrado en los efectos cardiovasculares del estrés y la relajación. Identifica la respuesta de estrés con la respuesta que Hess denominó ergotrópica o promotora del gasto energético y la respuesta de relajación con la respuesta trofotrópica o promotora de la conservación de la

energía ⁶⁷, no sólo a fenómenos orgánicos, sino también al comportamiento y a algunas facetas de la vida emocional ⁸².

La “respuesta de relajación” de Benson, es un procedimiento adaptado de las técnicas de meditación, donde se utiliza un “mantra” o palabra secreta susurrada al iniciado para producir estados de meditación profunda. Según este autor, cualquier palabra puede causar los mismos cambios fisiológicos que el “mantra”, tales como decrementos del consumo de oxígeno, decrementos en la eliminación del dióxido de carbono y decrementos tasa respiratoria.

La originalidad de Benson radica en la concentración en una palabra que ayude a respirar más lenta y pausadamente, favoreciendo de esta forma la relajación o dicho de otro modo usando instrucciones acerca de la respiración activa ⁷⁵. La respuesta de relajación ocurre como una respuesta para concentrar o focalizar la atención y su opuesto “dejar la mente en blanco” como respuesta a la ansiedad o estrés ⁶⁵.

Los cuatro elementos básicos, según Benson, son: un ambiente tranquilo, un objeto sobre el que concentrarse mentalmente, una actitud pasiva y una postura confortable del cuerpo.

Shapiro define la meditación como una familia de técnicas que tienen en común el intento consciente de focalizar la atención de una forma no analítica en un objeto que sirve para concentrarse y el intento de no dejarse llevar por pensamientos distractores mientras uno se concentra en su mantra u objeto que se utiliza para concentrarse ⁶⁷.

Este foco de atención se alcanza restringiendo la misma a un único estímulo repetitivo, como una palabra, un sonido, una oración, una frase, la concentración en la respiración, o un objeto visual haciéndola coincidir con el final de la fase espiratoria de su respiración, en un ambiente tranquilo. Al mismo tiempo que se mantiene una actitud pasiva. Cualquier otra actividad es percibida como distractora del objeto de concentración ⁶⁹.

Los efectos beneficiosos de la técnica de relajación de Benson pueden explicarse, por la activación simultánea de mecanismos fisiológicos y cognitivos. El aumento del control parasimpático y la disminución del control simpático, como consecuencia del entrenamiento en respiración, favorece la estabilidad y el equilibrio del sistema nervioso autónomo. Además, el entrenamiento en la concentración mental repitiendo la misma palabra o frase puede favorecer la activación de las zonas cerebrales que regulan la actividad cardíaca y emocional a través de estructuras que van desde el cortex prefrontal hasta el tronco cerebral, lugar donde se produce el punto de conexión con las neuronas simpáticas y parasimpáticas del sistema nervioso autónomo ⁶⁷.

Como parte del entrenamiento en respiración-meditación de Benson, a continuación exponemos brevemente la importancia de las técnicas de respiración y de un control adecuado de las mismas.

Técnicas de respiración

Un control adecuado de la respiración es una de las estrategias más sencillas para hacer frente a las situaciones que causan sintomatología de ansiedad con aumento en la activación psicofisiológica.

Unos hábitos de respiración completa y profunda (abdominal, ventral y costal) son terapéuticos por sí mismos como consecuencia de los efectos beneficiosos que produce actuar directamente sobre el Sistema Nervioso Autónomo. Pero como señala Labrador et al., las habilidades de respiración correcta pueden ser terapéuticas desde una perspectiva cognitiva, ya que la concentración en la propia respiración facilita al paciente desviar la atención de problemas, pensamientos obsesivos, etc. que puedan estar provocando una respuesta de ansiedad en ese momento ^{83,84}.

Las técnicas de respiración operan mediante las interacciones cardiorrespiratorias del control vagal, puesto que tasas inspiratorias bajas, amplitudes amplias en cada inspiración y respiraciones predominantemente

abdominales aumentan el control parasimpático del funcionamiento cardiovascular.

El objetivo fundamental es facilitar el control voluntario de la respiración y automatizar este control para que puede ser aplicado en las situaciones que causen ansiedad y/o estrés ⁸⁵.

3. Interés de la intervención enfermera en la modalidad de grupo

Como señalan Méndez Carrillo et al. “las técnicas de relajación son procedimientos cuyo objetivo principal es enseñar a la persona a controlar y manejar su propio nivel de activación a través de la modificación directa de las condiciones fisiológicas sin ayuda de recursos externos” ⁸⁵. Es una de las terapias más utilizadas en modificación de conducta bien como parte integrante o previa a otras intervenciones específicas como la terapia cognitivo conductual en el marco del tratamiento psicológico del paciente ⁸³ o bien como una intervención específica de enfermería ²⁰. Por tanto, la relajación se puede considerar como un estado de hipoactivación que puede ser facilitado por diversos procedimientos o técnicas individuales y grupales.

El grupo es un instrumento de cambio para las pacientes afectadas de algún subtipo de trastorno de ansiedad, permitiendo junto con la educación sanitaria el inicio para una mejoría clínica ⁴⁴.

Las razones que justifican el tratamiento en grupo van más allá de cuestiones meramente económicas o de falta de personal. Toseland y Siporin examinaron nueve estudios que compararon los distintos niveles de eficacia de las terapias individuales y de grupo y concluyeron que el tratamiento de grupo es más eficiente y/o muestra mejor relación coste-eficacia ^{86,87}.

La práctica grupal abarca una amplia gama de modalidades que van desde el grupo de apoyo para mejorar el cumplimiento de las prescripciones farmacológicas, hasta el grupo de psicoeducación ⁸⁸. La psicoterapia de grupo psicoeducativa se ha demostrado de utilidad en enfermedades mentales como el

trastorno bipolar. Variedades de las técnicas psicoeducativas como la gestión de estrés y la auto-gestión de la enfermedad, muestran ser también eficaces ⁸⁹.

Las técnicas de relajación se utilizan en personas que presentan diversos trastornos de ansiedad y problemas relacionados con el estrés, y en grupo permite maximizar su utilidad, fomentar la responsabilidad y el aprendizaje de las mismas ⁹⁰. Se ofrecen apoyo entre los miembros del grupo, reafirmación y sugerencias favoreciendo la cohesión grupal ⁸³.

La intervención enfermera *terapia de grupo (5450)*, precisa de una serie de elementos básicos en aplicación de las técnicas de relajación, los cuales serán contextualizados con mayor precisión en la parte metodológica. No obstante, destacamos los siguientes:

- Estructura de la situación en cuanto a tiempo y lugar.
- Clasificación del objetivo o propósito del grupo.
- Compromiso de la enfermera especialista de salud mental de llevar a cabo el plan de cuidados en ansiedad (anexo 3) a través de intervenciones enfermeras como *terapia de relajación simple, relajación muscular progresiva, disminución de la ansiedad, educación sanitaria, grupo de apoyo, terapia de grupo y enseñanza grupo*.
- Un grupo de mujeres que hayan identificado un problema motivo de derivación al mismo ^{91,20,92}.

Además, de realizar una intervención educativa en cada sesión grupal de relajación en el contexto de su patología mental. La psicoeducación hace referencia a la educación que se ofrece a las personas que sufren un trastorno mental con el objetivo de que el paciente entienda y sea capaz de manejar su trastorno. Esta información permite al paciente comprender sus problemas, dando una explicación sobre el origen de los mismos que mejora el afrontamiento de su enfermedad ^{15,93,16}.

4. Utilización de la relajación en algunas investigaciones

Claro está que si la relajación es útil en terapia, debe ser importante considerar la efectividad de los métodos de entrenamiento en relajación. Autores como Jacobson, Wolpe, Schultz, Luthe, entre otros observaron datos fisiológicos y datos de autoinformes que confirmaban que sus procedimientos de relajación cognitiva producía relajación y reducía la ansiedad ⁹⁴.

Como revela el estudio de Borkovec, Grayson y Cooper, una revisión de la literatura muestra algunas causas y efectos del tratamiento de relajación muscular progresiva en el insomnio, en el asma infantil, los trastornos digestivos ^{95,94}, en la hipertensión ⁹⁶, en las cefaleas tensionales y en las fobias ⁷⁶. También, la relajación como tratamiento ha sido utilizada para reducir la latencia del sueño. Entre los métodos que han sido efectivos destacan la relajación progresiva, entrenamiento autógeno y la meditación. Borkovec et al. citados por Woolfolk y McNulty comprobaron la utilidad de la relajación muscular progresiva con ciclos de tensión relajación en el tratamiento del insomnio. Woolfolk y McNulty estudiaron cuatro tratamientos de relajación en el insomnio de conciliación. Incluyeron la relajación progresiva, la relajación progresiva sin ciclos de tensión relajación, la visualización sin tensión-relajación, la visualización con tensión-relajación y al quinto grupo no le aplicaron ningún tratamiento, obteniendo reducciones en el tiempo de latencia de inicio del sueño superiores al grupo control ⁷⁷.

De otro lado, el estudio llevado a cabo por Scogin, Rickard, Deith, Eilson y McElreath muestra cómo el entrenamiento en relajación ha sido aplicado en personas mayores con el fin de disminuir su ansiedad y mejorar el insomnio ⁷⁰, así también, ha sido utilizado como componente del tratamiento conductual de la depresión ⁹⁵. Así mismo, dicho entrenamiento ha sido también llevado a cabo por Aivazyán et al., con el fin de mejorar la hipertensión ^{96,97}.

El síndrome ansioso-depresivo y las situaciones de estrés han sido objeto de interés en el campo de la enfermería como muestra el estudio realizado en el Área Básica de Salud (ABS) Turó de Barcelona. Dicha investigación, tiene como eje analítico la terapia grupal y el síndrome ansioso-depresivo y las situaciones de estrés. El grupo era dirigido por una enfermera del equipo de Atención Primaria con formación específica en salud mental, dinámica de grupos, terapia Gestalt y meditación Seitai durante diez sesiones de dos horas semanales, en el transcurso de tres meses en mujeres diagnosticadas de estrés y/o síndrome ansioso-depresivo. Utilizan dos instrumentos, el primero de ellos para la detección de los trastornos de ansiedad y depresión “el test de ansiedad y depresión de Goldberg” y el segundo “el test de Badia” para valorar la sensación de bienestar. Trabajaron en el grupo tanto las prácticas de relajación (tipos de respiración, respiración consciente, etc.) como de exteriorización de las emociones a través de la escucha dirigida con reducciones y mejoría en los resultados tras las intervenciones (menor consumo de psicofármacos, mejor calidad de vida y reducción del número de visitas al centro) ⁹³.

Otros estudios han focalizado su interés en la educación grupal en pacientes con diagnóstico enfermero de ansiedad, con el objetivo de valorar la efectividad de una intervención grupal psicoeducativa en pacientes con sintomatología ansiosa-depresiva. En este caso, utilizaron doce sesiones de noventa minutos de duración de periodicidad semanal en atención primaria de Barcelona en el marco de un diseño cuasi-experimental y población mixta. No incluyeron ninguna técnica de relajación. Los resultados de esta investigación mostraron una disminución de la sintomatología al finalizar el grupo ⁹⁸.

Otra investigación en el campo del entrenamiento en relajación fue realizada en por Cruces y Pereira. El objetivo de este estudio fue describir la experiencia terapéutica con la técnica de entrenamiento en relajación progresiva, aplicada individualmente a seis pacientes de la Unidad de Salud Mental, con el método de Jacobson. Previo a dicho entrenamiento les administran a cada uno de los

sujetos la escala de ansiedad de Hamilton y se repitió al final del estudio con el fin de comprobar si se habían producido cambios en los síntomas, mostrándose un decremento significativo en los niveles de ansiedad, evidenciándose a través de los puntajes pre y post intervención arrojados por la escala ⁹⁹.

J. Carretero en el trabajo de enfermero especialista en salud mental con pacientes mentales en la Unidad de Hospitalización Breve de Psiquiatría del Hospital Infanta Leonor incorpora entre otras, la intervención enfermera “terapia de relajación”. Entre sus objetivos se encuentran tanto disminuir la ansiedad y/o estrés, como favorecer el autocontrol de los impulsos, así como la estabilidad emocional. Para ello, hace uso de distintas técnicas de relajación como la relajación muscular progresiva de Jacobson, la respiración controlada y la visualización en un medio terapéutico grupal ¹⁰⁰.

Ocio Aracama C. desarrolla un programa psicoterapéutico grupal basado en habilidades cognitivo-conductuales y entrenamiento en control de la respiración para el manejo de la ansiedad en Atención Primaria. Su intervención consta de 11 sesiones con periodicidad semanal y es dirigido por una enfermera especialista en salud mental. Como objetivo, se plantea la reducción de la ansiedad y el aumento de la calidad de vida y utilizala escala de ansiedad de Hamilton (HARS) y el cuestionario de calidad de vida SF-36 en el contexto de una investigación de tipo analítico experimental ¹⁰¹.

En el Centro de Salud “El naranjo” del área 9 de Fuenlabrada, también incorporan técnicas de relajación en formato grupal. Tello Bernabé et al., evalúan la efectividad de la relajación grupal en mujeres con trastornos por angustia y ansiedad generalizada. Utilizan un estudio controlado no aleatorio. El grupo de intervención realizó un curso de técnicas grupales y relajación. La ansiedad la evalúan mediante el test STAI estado-rasgo, antes y después de la intervención en ambos grupos. Concluyen el estudio aseverando la efectividad del mismo en la disminución de las situaciones temporales ansiosas y mejora, aunque en menor grado, la tendencia habitual a reaccionar de forma ansiosa ¹⁰².

En otro Centro de Salud en Vitoria, Albaina Landaluce et al. elaboran un estudio para demostrar que las sesiones de relajación son un procedimiento válido para superar el estrés, la ansiedad y la tensión. Utilizan el método de Shultz, de Jacobson y los reforzamientos positivos del método Silva. La población objeto de estudio estuvo formada en un 93,4 % por mujeres y en un 6.6% por hombres, captados en la consulta médico-enfermera. Formaron cuatro grupos, tres de once personas y uno de doce. Según los resultados obtenidos a través de un cuestionario de valoración de los resultados, el 76% aprende a relajarse y creen que podrán hacerlo solos un 60% ¹⁰³.

En el trabajo de investigación de Gómez Borrego, Zafra Jiménez y Salas Robles, enfermeras especialistas en salud mental, queda constancia de la realización de un programa de manejo de ansiedad basado en la psicoeducación y el entrenamiento en técnicas de relajación en una Unidad de Salud Mental. El programa se compone de tres etapas, 1) entrevista de acogida individual, 2) ocho sesiones grupales y 3) entrevista de evaluación individual ¹⁰⁴.

Un estudio cuasi-experimental antes y después realizado por Soriano González, demuestra la utilidad de las técnicas de relajación. Lo lleva a cabo en el Centro de Salud Mental Infante en Murcia. Los sujetos de su estudio son pacientes diagnosticados de ansiedad que aceptan participar en el mismo. El autor forma dos grupos compuestos por un total de veinte personas cada uno, durante 8 sesiones. Utiliza el cuestionario STAI pre-post intervención, además de variables como el sexo, la edad, el nivel educativo y tratamiento con psicofármacos. La media ansiedad estado antes del grupo fue de 68 y después de 56. Finaliza afirmando que los talleres de relajación son útiles en la reducción de la ansiedad en atención especializada ¹⁰⁵.

Mateos Rodilla a lo largo de algunos de sus trabajos, nos muestra la relajación como el arte de soltar, el desarrollo de las sesiones, las técnicas de relajación y su enseñanza. Así mismo, además de su aplicación a través de talleres en Atención Primaria, nos ofrece los resultados derivados de la evaluación de cada sesión al finalizar el periodo de aprendizaje, para ello hace uso del análisis de tareas y de la observación sistemática de los ejercicios de relajación ^{106, 107, 108}.

En un artículo, Cabello Lázaro, Burgada Mir, Aparicio Valero, Mas y Vila Domènech se plantean valorar si por medio de técnicas de relajación dirigidas por personal de enfermería se lograba disminuir el nivel de ansiedad de los pacientes que presentaban esta sintomatología. Las profesionales prestan atención además de en los cambios en la ansiedad psíquica y somática medida con el test de Hamilton, en el efecto de la relajación en las constantes vitales antes y al finalizar cada sesión (tensión arterial sistólica, diastólica, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria) arrojando datos estadísticos favorables al respecto. Así afirma que con las sesiones de relajación se logra mejorar las constantes vitales y el nivel de ansiedad de las pacientes ¹⁰⁹.

Misericordia Vilar y De Sebastián Pérez-Manglano presentan un trabajo de terapia grupal desde un Centro de Salud Mental para disminuir los síntomas de depresión y ansiedad asociados en un grupo de mujeres. El grupo está compuesto por 6 mujeres que acuden semanalmente durante 6 sesiones donde reciben conceptos básicos sobre ansiedad y manifestaciones, instrucción en técnicas de relajación (respiración diafragmática, adaptación del método de Jacobson), para ello se basan en los inventarios de ansiedad estado-rasgo de Spielberger y depresión de Beck. Aunque no ofrecen resultados, las autoras refieren reducción de las manifestaciones de ansiedad y en menor grado de depresión tras la finalización del grupo, a través de los test administrados ¹¹⁰.

Para concluir este capítulo, cabe señalar que la relajación ha sido utilizada para una gran variedad de enfermedades relacionadas con el estrés y ansiedad. Las técnicas de relajación constituyen un conjunto de procedimientos y herramientas útiles en el ámbito de la salud mental en la disminución de la activación excesiva psicofisiológica dirigidas al fomento del manejo de la ansiedad. Las primeras publicaciones sobre la relajación corresponden a los trabajos de Jacobson y la relajación autógena de Schultz. Bernstein y Borkovec desarrollan un manual de instrucciones de relajación progresiva adaptado a la práctica clínica y de utilidad en investigación. Benson presenta un análisis de la relajación como una respuesta contraria a la respuesta de estrés y propone un procedimiento sencillo para entrenar en la respuesta de relajación.

En este sentido, resulta reseñable la incorporación progresiva de estudios realizados por enfermeras y enfermeras especialistas en salud mental. Así mismo, deseamos hacer hincapié en la importancia que a nuestro entender, resulta la comprensión de la utilización de las técnicas de relajación como intervención enfermera. Pensamos que no es solo una más dentro del catálogo de intervenciones enfermeras, sino que como herramienta de cuidados, promueve el desarrollo de la salud mental y facilita el manejo de la ansiedad. De aquí, que hoy exista una gran demanda social de los entrenamientos en relajación y respiración en el ámbito de la enfermería y en particular de la especialidad en salud mental.

CAPÍTULO IV

MANEJO DE LA ANSIEDAD EN
ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

Capítulo IV: MANEJO DE LA ANSIEDAD EN ENFERMERÍA DE SALUD MENTAL

En este apartado intentamos detenernos en el proceso de atención enfermera desde un enfoque crítico y reflexivo aplicado a la práctica clínica. Así mismo, nos apoyamos en los profesionales que construyeron conocimiento enfermero desde el área de salud mental y que han guiado nuestra praxis enfermera en este sentido.

De un lado, dedicamos un apartado al diagnóstico enfermero *ansiedad* como juicio clínico que vertebra la consecución de los cuidados enfermeros. De otro lado, señalamos los criterios de resultado enfermero como herramienta para evaluar la utilidad de las intervenciones enfermeras en mujeres con ansiedad. Para finalizar, destacamos la importancia de las intervenciones de enfermería en el desarrollo del plan de cuidados.

1. Proceso de Atención Enfermera: pensamiento crítico y reflexivo en la práctica clínica

Desde la década de 1950, el proceso de enfermería ha proporcionado la estructura que facilita el razonamiento clínico. Inicialmente el proceso constaba de cuatro pasos que incluían valoración, planificación, intervención y evaluación.

En 1973, la American Nurses Association (ANA) añadió a los cuatro pasos vigentes en el proceso de enfermería, el diagnóstico, como segunda fase en el modelo de toma de decisiones, quedando en cinco pasos, como estándar de la práctica de enfermería. Así, resulta esencial la aportación de V. Fly quién introdujo el término de diagnóstico de enfermería para describir un escalón necesario en el desarrollo del plan de cuidados enfermero ¹⁸.

Lydia Hall (1955) creó el término “Proceso de Enfermería” y desde entonces, diversas enfermeras lo han intentado describir, explicar y contextualizar.

Kozier Bárbara refiere que el término de Proceso de Enfermería es un método sistemático y racional enfocado a planificar y ofrecer cuidados enfermeros que

den respuesta a las necesidades identificadas de los pacientes ¹¹¹. En palabras de Alfaro, el proceso de enfermería "...es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados..." ¹¹².

Marriner Ann, describe que el proceso de enfermería, es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería ¹¹³. Atkinson afirma que es un sistema de planeación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cuatro pasos: valoración, planeación, ejecución y evaluación ¹¹⁴.

En la actualidad el proceso enfermero consta de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. El proceso promueve unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) ¹¹⁵.

María Teresa Luis Rodrigo, examina el proceso de atención enfermero, destacando el diagnóstico enfermero, como un proceso de razonamiento que nos lleva a emitir una conclusión y como formulación con la que expresamos el juicio al que hemos llegado. Como indica Luis Rodrigo, para llegar a un juicio clínico necesitamos fomentar el razonamiento diagnóstico como base del pensamiento crítico ¹¹⁶.

Fornés Vives defiende el uso de una metodología científica como elemento de mayor rigor a la práctica profesional, aplicable a cualquier disciplina. Determina que la utilización del método científico a través de los pasos del Proceso de Atención Enfermero (PAE) evita errores metodológicos habituales en la práctica de enfermería. Remarca la importancia que se desprende de una orientación de razonamiento crítico de la filosofía enfermera en la práctica profesional; la forma de entender los principales conceptos que la sustentan, atendiendo a persona, entorno, salud y profesión ¹¹⁷.

Siguiendo a Alfaro, podríamos definir el pensamiento crítico como "el pensamiento intencionado, con objetivos concretos, que pretende llegar a juicios

de acuerdo con las evidencias (hechos), no con las conjeturas (suposiciones). Según esta misma autora, además de tratarse de un pensamiento deliberado, dirigido al logro de un objetivo, se basa en los principios de la ciencia y del método científico. Constantemente está revaluándose, autocorrigiéndose y esforzándose por mejorar sobre la base de conocimientos, habilidades y experiencias ¹¹².

El diagnóstico de la respuesta humana como base del cuidado enfermero aplicado al proceso diagnóstico, se apoya en el desarrollado continuado de las habilidades de pensamiento crítico. El proceso de identificación del mejor y más preciso diagnóstico es difícil y dinámico ya que las respuestas humanas son complejas y únicas. De esta manera, la precisión en la interpretación de la respuesta humana o diagnósticos enfermeros cobra especial relevancia desde el proceso de razonamiento crítico en la toma de decisiones clínicas ^{118, 119, 120}.

Kuiper y Pesut abogan por una estructura teórica de adquisición de habilidades de razonamiento clínico usando un aprendizaje autorregulado. El razonamiento reflexivo y crítico dirigen el razonamiento clínico de las enfermeras en contexto específicos. Entienden que el desarrollo del razonamiento clínico en la práctica enfermera debe ser un proceso reflexivo que invita a la autoreflexión crítica y al desarrollo progresivo de habilidades de razonamiento, conocimiento y comunicación ¹²¹.

Mullër-Staub et al. demuestran la necesidad de educación en el razonamiento y juicio clínico de las enfermeras en la elección de diagnósticos enfermeros precisos. En tal sentido, entienden que el desarrollo de un adecuado plan de cuidados se sustentará en una efectiva elección de intervenciones enfermeras lo que dará lugar a unos resultados en el paciente. La capacidad de pensamiento clínico crítico establece diagnósticos enfermeros precisos, útiles en la selección de intervenciones enfermeras y resultados adecuados al paciente ¹²².

En otro estudio de Mullër-Staub et al. demostraron que la formación de las enfermeras en diagnósticos, intervenciones y resultados precisos tiene efectos

positivos en la calidad del cuidado medido a través de los resultados en los pacientes documentados ¹²³.

Tal y como indicábamos anteriormente, el razonamiento reflexivo y crítico envuelven a la práctica clínica enfermera en contextos específicos. Tal acción emerge desde la correcta y precisa elección del diagnóstico enfermero y la selección de intervenciones efectivas. De tal modo que una reflexiva y rigurosa implementación de un plan de cuidados enfermero en un entorno clínico pueda ayudar a las pacientes a conseguir los resultados deseados.

2. Marco conceptual que guía la práctica enfermera en Salud Mental

El marco conceptual, en palabras de Phaneuf, vehicula los postulados y los valores que forman los cimientos teóricos en que se apoya el concepto de cuidados, que constituyen el cómo y el por qué de la profesión de enfermería ¹²⁴.

Barrett define la enfermería como una ciencia básica y la práctica enfermera como el arte científico derivado del conocimiento de los seres humanos unitarios que están en interacción mutua con su entorno. Entiende la enfermería como un arte científico, ya que como asevera la autora, el arte no puede existir sin la ciencia. Señala que es a través de la investigación como creamos ciencia, además apunta que la disciplina enfermera permanecerá invisible hasta que tengamos una definición clara y aceptemos nuestra identidad y generemos conocimiento enfermero partiendo de nuestra propia disciplina como fuente de desarrollo. Todo ello, teniendo presente la necesaria relación entre la práctica clínica, la investigación y el conocimiento teórico de la disciplina enfermera, desde entornos educativos superiores ¹²⁵.

La enfermería abarca cuatro conceptos que constituyen el metaparadigma de la enfermería. Éstos son: la persona, el entorno, la salud y las intervenciones o actividades en sí mismos ¹²⁶.

Atentos a estos fenómenos propios de la disciplina, las enfermeras desarrollan día a día un lenguaje específico para comunicar sus propios juicios, que determinan sus diagnósticos, sus intervenciones y resultados ¹²⁷.

De acuerdo con María Teresa Luis Rodrigo, los modelos conceptuales ayudan a identificar los diagnósticos del paciente y permite a la enfermera centrarse en la información relevante de su situación, así como organizarla de forma significativa. Apoyándonos en su ejemplo, si una enfermera adopta el modelo de Roy, considerará justificada su intervención cuando pueda promover respuestas conducentes a mejorar, mantener o aumentar su adaptación al entorno, y los diagnósticos que identificará se referirán siempre a efectividad o no de las conductas del usuario en cualquiera de los modos de adaptación que se identifican en el modelo. Es de este modo, que la autora afirma que es preciso tener una imagen mental que guíe cualquier actuación, un marco conceptual propio. El proceso de atención será el instrumento que nos oriente para conseguir algo, un instrumento que nos permite operativizar el modelo conceptual enfermero con el que deseemos trabajar en la práctica ¹¹⁶.

Atendiendo a las palabras de Riehl-Sisco, en el momento de desarrollar la práctica enfermera no es válido un único modelo, es por esto que hemos querido para el desarrollo de este trabajo, exponer los principales autores que desarrollan el marco conceptual pertinente para clasificar los fenómenos de la disciplina enfermera desde el área de salud mental. Siguiendo esta línea, expondremos a continuación aquellos autores que sin duda nos van a permitir construir mejor nuestro plan de cuidados enfermero, para llevar a cabo las intervenciones en mujeres con diagnóstico enfermero *ansiedad* ¹²⁶.

2.1 Modelos, teorías y filosofías aplicados a la especialidad de Salud Mental

Desde la disciplina enfermera de salud mental, algunos autores nos transmiten cómo podemos cuidar adecuadamente a las personas receptoras de la praxis enfermera reconociendo, validando e integrando la condición psíquica en su salud integral.

Es por ello que resulta de interés, exponer las principales ideas de aquellas teorizadoras que construyen conocimiento enfermero desde la práctica cuidadora en salud mental, que con más énfasis trabajaron este área de la enfermería, investigando lo humano desde las vivencias personales y su adaptación con el entorno.

2.1.1 Hildegard E. Peplau: Teoría de las Relaciones Interpersonales

Hildegard E. Peplau recibió el título de máster en Enfermería Psiquiátrica en 1947 por el Teachers College de Columbia, Nueva York y en 1953 el doctorado en educación en la especialidad de desarrollo curricular por la Universidad de Columbia. En 1954 se traslada a Rutgers donde dirigió el programa de la especialidad en Enfermería Psiquiátrica hasta su jubilación en el año 1974.

Su publicación en 1952 *Relaciones Interpersonales en Enfermería* estableció un marco conceptual teórico para considerar sistemáticamente los cuidados de enfermería de salud mental. Peplau describe la Enfermería como un importante proceso interpersonal y terapéutico ¹²⁸.

Esta teórica contribuye al fomento de la ciencia enfermera con especial atención a la enfermería psiquiátrica a través del desarrollo del paradigma de las relaciones interpersonales y su comprensión de los procesos acaecidos durante la relación enfermera-paciente. Con la finalidad de ofrecer ayuda a los pacientes en la búsqueda del sentido y aprendizaje de sus respuestas a las experiencias relacionadas con la salud y la enfermedad, centra su interés en el marco de las relaciones interpersonales ^{129,128}.

Las intervenciones de enfermería que se desarrollan en el plan del cuidados que proponemos en nuestra investigación se enmarcan en el modelo de Relaciones Interpersonales de Peplau. Entendemos que esto nos proporciona la oportunidad de enseñar a las mujeres de nuestro estudio cómo experimentar, manejar la emoción de ansiedad trabajando con y para la paciente con el fin de conseguir que se produzcan cambios en las necesidades percibidas, se establezcan metas en las que la enfermera acompaña, orienta, enseña, etc., durante la secuencia de relaciones enfermera-paciente. De tal modo, la obra de Peplau brinda la oportunidad de enseñar a los pacientes cómo experimentar sus sentimientos e indagar junto a ellos la mejor manera de gestionarlos de un modo terapéutico. Peplau hace hincapié en la atención a las necesidades, dificultades o carencias del paciente siendo éste el foco de sus intervenciones dentro del rol de enfermera en el marco de la relación terapéutica ¹³⁰.

El modelo considera que el proceso de atención de enfermería está dirigido a alcanzar metas, que requiere una serie de acciones para ayudar a la paciente en el estado de buena salud. La relación enfermera-paciente es el marco esencial en el que las creencias, valores, actitudes y el conocimiento tanto de la paciente como de la enfermera pueden explorarse con la finalidad de comprender la dinámica de una existencia sana ¹²⁸.

2.1.2 Callista Roy: Modelo de Adaptación

Callista Roy recibe el “Bachelor of Arts” en Enfermería en el año 1963 por el Mount Mary's College de Los Ángeles que culmina con el Máster en Enfermería en la Universidad de California en 1966. Además, la autora inicia sus estudios de sociología que culmina con el doctorado en 1977 ¹³¹.

El modelo de Roy se apoya en los conceptos de la teoría del nivel adaptación de Helson o respuesta positiva a un entorno continuamente cambiante. También, se basa en el humanismo para la descripción de los supuestos filosóficos. Sus conceptos de enfermería, persona, salud y entorno están relacionados con el concepto central de adaptación del hombre.

El receptor de los cuidados es la persona como un sistema adaptativo, un ser biopsicosocial con mecanismos de adaptación innatos y adquiridos, en constante interacción con su entorno ¹²⁶. La persona como sistema vivo y abierto, recibe estímulos tanto del entorno como de su psique. La adaptación se produce cuando la persona responde positivamente a los cambios ambientales. Esta respuesta adaptativa favorece la integridad de la persona y conduce a la salud; sin embargo, una reacción ineficaz a los estímulos conduce al deterioro de la integridad de la persona ¹³¹.

En el modelo de Roy aparecen dos subsistemas, uno primario, funcional o de procesos de control y otro de realización o efector. El primero está compuesto por los procesos cognitivos y de regulación y en el segundo destacan cuatro modos de adaptación: a) necesidades fisiológicas, b) concepto de sí mismo, c) dominio de rol e d) interdependencia. El propósito de estos subsistemas interrelacionados es la adaptación del hombre.

La salud y la enfermedad son dimensiones inevitables de la vida de la persona ¹²⁶. La enfermería se ocupa de la dimensión de la salud y enfermedad como experiencia global del individuo. Cuando los mecanismos de enfrentamiento a estímulos no funcionan se produce la enfermedad. La salud es un resultado de la continuidad adaptativa del hombre.

El objetivo de la enfermería es ayudar al hombre a adaptarse a los cambios que se operen en lo relativo a sus necesidades fisiológicas, al concepto de sí mismo, a la función de su rol y a sus relaciones de interdependencia en la salud y enfermedad. Para ayudar al individuo en sus esfuerzos de adaptación, se propone la manipulación del entorno con la finalidad de obtener el máximo nivel de bienestar.

Los problemas de adaptación no se contemplan como diagnósticos de Enfermería sino como áreas de interés para la enfermera, enmarcadas dentro del proceso de adaptación de la persona o grupo que recibe los cuidados de

enfermería. Esto puede conseguirse cuando la enfermera ayuda a la persona a afrontar de manera efectiva estos cambios ¹³¹.

2.1.3 Jean Watson: Filosofía y Ciencia del Cuidado

A partir de 1964, Watson comienza su carrera como Enfermera de Salud Mental y Psiquiatría. En 1966 culminó su Máster en Salud Mental y Psiquiatría por la Universidad de Colorado. En 1973 recibió por esta misma Universidad, el título de doctora en psicología y orientación educativa con mención especial en psicología clínica y social.

Watson propone una filosofía y ciencia de los cuidados, para reducir la dicotomía que se presentaba entre teoría y práctica. El cuidar es más que una conducta orientada a la realización de tareas y comprende aspectos de la salud como la relación interpersonal entre la enfermera y el paciente. Esta profesional considera que los mejores cuidados de enfermería son el resultado de una combinación de estudios científicos y humanísticos que culminan en una relación terapéutica enfermera-paciente.

Apoyándose en la contribución de la psicología y en especial en el pensamiento de Carl Rogers, la autora pone interés en la relación interpersonal y transpersonal de cuidados, atendiendo a los conceptos de coherencia, empatía y calidez con la pretensión de lograr mejoría en el paciente. Así, la enfermería se propone comprender cómo se interrelacionan la salud, la enfermedad y la conducta humana aportando un enfoque holístico a los cuidados de enfermería; considerando al paciente y sus vivencias, el centro de las intervenciones. Watson se ha servido de sus conocimientos científicos y del ser humano para elaborar su marco teórico, resultado de la actividad científica con respecto a los aspectos humanísticos de la vida ¹³².

Watson considera su teoría de la práctica de la enfermería en los siguientes 10 factores cuidativos desde una perspectiva fenomenológico existencial:

- 1) Formación de un sistema de valores humanístico y altruista.

2) Inculcación de la fe y esperanza.

3) Cultivo de la sensibilidad para consigo mismo y los demás.

4) Desarrollo de una relación de ayuda y confianza: tal relación promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Exige congruencia, empatía, calidez no posesiva y comunicación efectiva.

5) Promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos.

6) Empleo sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones.

7) Promoción de la enseñanza y el aprendizaje interpersonal.

8) Creación de un entorno de apoyo, protección y corrección mental, física, sociocultural y espiritual.

9) Ayuda para la satisfacción de las necesidades humanas.

10) Aceptación de fuerzas existenciales fenomenológicas ¹³².

La enfermería es entendida por la autora a través del interés que deposita en la promoción de la salud, la recuperación y la prevención de enfermedades. La salud es conceptualizada por la armonía y unidad que surge de las relaciones entre mente, cuerpo y alma y su relación con el grado de coherencia entre lo que percibe y experimenta el paciente. El cuidado está representado por los factores que utilizan las enfermeras para ofrecer cuidados de salud a los pacientes. Considera que las enfermeras tienen la responsabilidad no solo de aplicar los 10 factores cuidados, sino también de desarrollar la promoción de la salud mediante acciones preventivas.

De otra parte, las críticas al trabajo de Watson se han centrado en la falta de atención hacia el aspecto fisiopatológico y en el tratamiento incompleto de la descripción de los 10 factores de cuidados. Sin embargo, la autora continua

perfeccionando su teoría revisando los factores de cuidado originales que actualmente describe como procesos caritas ¹³³.

2.1.4 Phil Barker: El modelo de la marea en la recuperación de la salud mental

Barker en sus trabajos ha mostrado su fascinación por las filosofías orientales que comenzó en la escuela de arte, momento en que ya era enfermero en psiquiatría en el año 1974. El interés por estas filosofías domina su trabajo y fluye a través del modelo de la marea con ecos de caos, incertidumbre, cambio y la idea china de la crisis como una oportunidad. El paradigma de Peplau de las relaciones interpersonales contribuyen a la base empírica del modelo de la marea. La investigación doctoral de Barker se centra en el trabajo conductual cognitivo en el estudio con un grupo de mujeres que vivían con depresión ¹³⁴.

El modelo de marea se trata de un modelo centrado en los procesos fundamentales de los cuidados enfermeros para orientar la enfermería psiquiátrica y de salud mental. Establece a la enfermería como un elemento educativo en el centro de la intervención multidisciplinar, destaca la importancia de desarrollar el conocimiento de las necesidades de la persona a través de un trabajo de colaboración y las bondades de la relación terapéutica a través de métodos de delegación de poder activo. La importancia del modelo reside en la ayuda que se ofrece a las personas para utilizar sus voces como instrumento clave en su recuperación del distrés mental ¹³⁵.

Dos asunciones principales guían el modelo de la marea. De un lado, destaca el valor de ayudar a las personas a ser más conscientes de cómo se producen los cambios y la importancia del momento presente desde la idea de que el cambio es la única constante.

De otro lado, el trabajo con las experiencias de vida de los pacientes como eje principal, el cuál contiene el material bruto para las soluciones ¹³⁴.

La enfermería es un esfuerzo práctico centrado en la identificación de qué necesitan las personas ahora, además de explorar vías para cubrir estas

necesidades y desarrollar sistemas de cuidados humanitarios. El objetivo propio de la enfermería es la necesidad expresada por la persona cuidada en un contexto humano de estar y cuidar, proceso que sustenta a la enfermería psiquiátrica y de salud mental. Además, complementa a otros servicios y es congruente con los roles y las funciones de otras disciplinas respecto a las necesidades de la persona ¹³⁴.

La persona con el modelo de marea, centra su interés en la experiencia vivida, su historia y narrativa personal. Ésta vive en su mundo de experiencia representado en tres dimensiones: el mundo, yo y los demás ¹³⁵. Según Barker, nuestro compromiso en el marco de los cuidados de enfermería comprende el compromiso de entender la situación presente de la persona, además de la relación con la salud y enfermedad ¹³⁶.

La salud es contextualizada desde una perspectiva holística, fenomenológica y centrada en la persona. El entorno es en gran medida social, el contexto en el que las personas viajan en su océano de experiencias. Las enfermeras crean el medio para el crecimiento y desarrollo en el seno de las complejas interacciones persona-entorno ¹³⁴. Barker afirma que las personas disponen de los recursos personales e interpersonales que permiten su proceso de recuperación. El modelo de la marea asume la necesidad de integrar a las personas en su cuidado y explorar juntos la experiencia de salud y enfermedad ¹³⁶.

2.1.5 Betty Neuman: Modelo de Sistemas

Neuman se licenció con honores en salud pública y psicología en 1957 y finalizó una maestría en salud mental y salud pública en 1966 en la UCLA. Fue de las primeras personas que llevó la enfermería al campo de la salud mental. Desarrolló su primer modelo explícito de enseñanza y práctica para la consulta de salud mental a finales de la década de 1960, antes de crear el modelo de sistemas.

El modelo de sistemas de Neuman está basado en la Teoría General de Sistemas de Bertalanffy y refleja la naturaleza de los organismos como sistemas abiertos.

Sintetiza el conocimiento a partir de varias disciplinas e incorpora sus propias creencias filosóficas y su experiencia enfermera en el campo de la salud mental. Neuman aprovecha elementos de la Teoría Gestalt, la definición de estrés de Selye, opiniones filosóficas de Chardin y Marx y el concepto de niveles de prevención del modelo de Caplan.

La autora cree que la enfermería debe prestar cuidado a la persona en su totalidad, atendiendo a las variables (fisiológica, psicológica, sociocultural, del desarrollo y espiritual) que intervienen en la respuesta del individuo frente al estrés. Presenta el concepto de persona como un sistema abierto que interacciona recíprocamente con el entorno. El rol de la enfermera en el modelo consiste en trabajar junto al paciente para conducirlo en lo posible hacia el bienestar.

Para la autora, la salud es un movimiento continuo del bienestar a la enfermedad, dinámico y sujeto a cambio contante. El entorno lo define como los factores internos, externos que interaccionan con la persona, explicando también los elementos estresantes (intrapersonal, interpersonal, extrapersonal) que interaccionan con la estabilidad del sistema y pueden llegar a alterarla. Neuman identificó tres tipos de entornos: a) interno, b) externo y c) creado.

El último tipo de entorno es dinámico y moviliza todas las variables del sistema para ayudar al paciente a controlar la amenaza de los elementos estresantes del entorno, creando un efecto aislante cambiando la identidad o la situación. Un ejemplo de entorno creado es la negación.

El modelo propone tres niveles de intervenciones enfermeras (prevención primaria, secundaria y terciaria) basados en los conceptos de Caplan. El propósito de la prevención como intervención es conseguir el nivel máximo de estabilidad del sistema del paciente. Además, sugiere un formato en el que el paciente, como receptor de los cuidados, participe activamente con la enfermera para establecer objetivos y seleccionar intervenciones ¹³⁷.

2.1.6 Ida Jean Orlando (Pelletier): Teoría del Proceso de Enfermería

Orlando se licenció en enfermería de salud pública en 1951 en la St. John's University de Brooklyn, New York. En 1954 consiguió una licenciatura en consulta de salud mental del Teachers College de la Universidad de Columbia. En Yale, trabajó hasta 1958 como investigadora asociada e investigadora principal en el proyecto "integración de los conceptos de salud mental en un plan de estudios". Durante los años 1958 a 1961, Orlando desempeñó su labor como profesora asociada y luego como directora del programa de graduado de enfermería psiquiátrica y de salud mental.

La teoría enfermera de Orlando hace hincapié en la relación recíproca entre el paciente y la enfermera. Fue de las primeras líderes que destacó los elementos del proceso enfermero destacando al paciente como parte esencial del mismo.

Orlando refleja la enfermería como una profesión diferenciada que funciona con autonomía. Consideraba que la función profesional de la enfermería era descubrir las necesidades inmediatas de ayuda de los pacientes y satisfacerlas. La disciplina del proceso enfermero se divide en los siguientes elementos básicos: a) la conducta del paciente, b) la reacción de la enfermera y c) las acciones enfermeras diseñadas para beneficiar al paciente.

La autora se centra en la persona a través de su repertorio conductual; cree que las personas tienen conductas verbales y no verbales poniendo especial atención en la observación de los cambios de la conducta del paciente. Sostiene que cada paciente es único y responde de forma individual. Atendiendo al carácter individual de cada paciente, la enfermera profesional puede darse cuenta de las características diferenciales de una misma conducta en paciente distintos.

Orlando no definió la salud ni el entorno. Asumió que la ausencia de problemas mentales y físicos y los sentimientos de adecuación y bienestar contribuían a conseguir la salud. Indicó que un paciente puede reaccionar con malestar a algún elemento del entorno aunque esté diseñado para propósitos terapéuticos o de ayuda.

Según el modelo de Orlando, cuando una enfermera actúa, da lugar a un proceso de acción. Este proceso de acción se denomina proceso enfermero siempre y cuando tenga lugar en el contexto de una relación enfermera-paciente. Califica las acciones enfermeras como autónomas y reflexivas. De tal modo, entiende que las acciones enfermeras reflexivas son aquellas programadas para satisfacer la necesidad inmediata de ayuda del paciente y para cumplir con la función profesional de la enfermera. La enfermera evalúa sus acciones al final de la relación comparando la conducta verbal y no verbal al empezar el proceso y al final de la relación ¹³⁸.

2.1.7 Dorothea E. Orem: Teoría del Déficit de Autocuidado en Enfermería

Orem obtuvo los títulos de Bachelor of Science en 1939 y Masters of Science, ambos en el área de docencia en Enfermería. De 1945 a 1957 fue asesora en la división de Salud y Servicios Institucionales del Consejo de Salud del Estado de Indiana. En 1971 publicó *Nursing: Concepts of Practice* con ediciones posteriores que perfeccionaban el concepto de autocuidado en la práctica de enfermería.

Orem concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante que es afectado por el entorno y capaz de comprometerse en su autocuidado. La salud es entendida como un estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental y es inseparable de los factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. El entorno son los factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean comunitarios o familiares que pueden influir e interactuar con la persona. La enfermería son las acciones deliberadas desarrolladas por las enfermeras para ayudar a los individuos o grupos en su autocuidado y en mantener o cambiar condiciones en ellos mismos y en su ambiente.

Orem clasifica su Teoría del Déficit de Autocuidado en Enfermería como una teoría general que se compone de otras tres relacionadas: 1) teoría del autocuidado, 2) teoría del déficit de autocuidado y 3) teoría de sistemas de enfermería. En la primera describe y explica el autocuidado y el cuidado dependiente apoyándose en elementos tales como requisitos de autocuidado, agencia de autocuidado y autocuidado; en la segunda detalla cuándo y por qué las personas requieren y pueden ser ayudadas mediante la enfermería y en la última, las relaciones que se deben dar y mantener para que exista enfermería.

Orem identificó seis conceptos principales en la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado para expresar las tres teorías constituyentes relacionadas: a) autocuidado, b) demanda de autocuidado terapéutico, c) agencia de autocuidados, d) déficit de autocuidados, e) agencia de enfermería y f) sistema de enfermería.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar. Los requisitos de autocuidado son la expresión de los objetivos a conseguir mediante los tipos de acciones calificadas de autocuidado, que a su vez pueden dividirse en a) requisitos de autocuidados universales (comunes a todos los seres humanos

para preservar su funcionamiento integral), b) requisitos de autocuidados asociados a un proceso de desarrollo y c) requisitos de autocuidado en caso de desviación de la salud ¹³⁹.

La demanda de autocuidado terapéutico hace referencia a la totalidad de acciones de autocuidado que deben realizarse durante un cierto tiempo para satisfacer los requisitos de autocuidado. La agencia de autocuidado son las capacidades específicas del individuo para dedicarse y llevar a cabo las actividades de autocuidado. El déficit de autocuidado relaciona la demanda de autocuidados terapéuticos y la capacidad del proveedor de cuidados para actuar, en el que el segundo no es adecuado para afrontar la demanda de autocuidados terapéuticos conocidos. La agencia de enfermería es la característica que capacita a personas para asumir el rol de enfermera en grupos sociales.

Los sistemas de enfermería tienen lugar cuando la enfermera llevando a cabo acciones para comprometerse y afrontar los requisitos terapéuticos de autocuidados, pone al servicio del paciente su capacidad para prescribir, planificar y proporcionar cuidados. La autora identifica tres tipos de sistemas de enfermería: 1) totalmente compensadores, 2) parcialmente compensadores y 3) de apoyo-educación. De otra parte, los métodos de asistencia incluyen: a) actuar o servir para, 2) guiar, 3) enseñar, 4) apoyar, y 5) proporcionar un entorno para el desarrollo ^{139, 140}.

2.1.8 Marta E. Rogers: Seres Humanos Unitarios

En el año 1936 Rogers recibe su diploma de Enfermería Knowville General Hospital School of Nursing y se gradúa en ciencias al año siguiente. Obtiene el máster en Salud Pública y el doctorado en ciencias en el año 1952 y 1954 respectivamente, por la universidad Johns Hopkins de Baltimore. Entre 1954 y 1975 fue catedrática y directora de la División de Enfermería en la Universidad de Nueva York.

Rogers se apoya en la base de conocimientos que provienen de diversas disciplinas para crear su modelo en el que los seres humanos unitarios y el entorno son campos energéticos que forman parte integral del proceso vital. Entre las fuentes en las que se apoya para el estudio de su modelo destacan, la antropología, la psicología, la sociología, la astronomía, la religión, la filosofía, la historia, la biología, la física, las matemáticas y la literatura.

En 1970 el modelo teórico de Enfermería de Rogers se apoyaba en un conjunto de suposiciones básicas que describen el proceso vital del hombre caracterizado por su carácter unitario, abierto y unidireccional, sus patrones y organización, los sentimientos y el pensamiento. En 1984 Rogers postuló cuatro bloques sobre los que se apoya el modelo: 1) campo energético, 2) universo de sistemas abiertos, 3) patrones y 4) tetradimensionalidad.

El campo energético constituye las unidades básicas que permiten la existencia tanto de los seres vivos como de la materia inerte. Se identifican dos, el campo humano y el campo del entorno. El concepto de universo de los sistemas abiertos defiende la idea que los campos energéticos son infinitos y abiertos e integrados unos con otros. Los patrones son los encargados de identificar los campos de energía y constituyen la característica distintiva de un campo. Por último, el concepto de tetradimensionalidad queda definido como un dominio no lineal sin atributos espaciales o temporales.

La autora describe la Enfermería como una profesión docta que es tanto ciencia como arte ¹⁴¹. Rogers propone que la enfermería es una ciencia cuyo fenómeno de interés es el ser humano unitario en un proceso de interacción mutua con su entorno, donde el proceso vital del paciente, inseparable del entorno, se caracteriza como la totalidad o integralidad ¹⁴². La práctica profesional se apoya en el juicio intelectual, el conocimiento abstracto y la compasión humana ¹⁴¹.

El hombre unitario de Rogers vive un proceso mutuo y continuo con el entorno en su totalidad y “el todo no puede ser comprendido cuando se reduce a elementos particulares”, comportándose como una totalidad poseedora de integridad propia “con características que son más que la suma de sus partes y distintas de ellas”.

Rogers define entorno como “un campo energético irreductible y tetradimensional identificado por patrones y que manifiesta características distintas de las de las partes”. El entorno comprende todo lo externo a un campo humano.

Para referirse a la salud, emplea el término “salud positiva” para simbolizar el bienestar y la ausencia de enfermedades importantes. Las medidas de “salud positiva” están enfocadas a ayudar a las personas a desarrollar patrones de vida compatibles con los cambios del entorno y no conflictivos con éstos.

El desarrollo de la ciencia de Enfermería en el contexto del proceso de Enfermería tiene como objetivo proporcionar un cuerpo de conocimientos fruto de la investigación científica y el análisis lógico, susceptible de ser trasladado a la práctica de Enfermería. Aboga por el carácter de la Enfermería como profesión docta en espacios universitarios de aprendizaje ¹⁴¹.

2.1.9 Joyce Travelbee: Modelo de relación humano a humano

Travelbee fue enfermera psiquiátrica asistencial además de ejercer como docente, escritora y directora de educación postuniversitaria de la Universidad Estatal de Lousiana. Obtuvo el Bachelor en Ciencias de la Enfermería por la Universidad estatal de Lousiana en 1956 y cursó el máster en la Universidad de Yale en 1959; fallece de forma prematura e inesperada al poco tiempo de matricularse en un programa de doctorado en la Universidad de Florida.

Para Travelbee, la enfermería es un proceso interpersonal entre dos seres humanos, uno de los cuales necesita asistencia por su enfermedad y otra persona que posee capacidad para ofrecer tal asistencia con la finalidad de

ayudar a afrontar la situación de enfermedad, aprender, encontrar sentido y madurar desde la experiencia de enfermedad y sufrimiento como evento común de vida. Ella promovió su modelo de relación “humano a humano” en su libro *Interpersonal Aspects of Nursing*.

Travelbee señala que el concepto de *paciente* es útil en la comunicación pero que “en realidad los pacientes no existen: sólo hay seres humanos que necesitan cuidados, servicios y asistencia de otros seres humanos que se supone, pueden darla”. En el contexto del proceso interpersonal, la enfermera se interesa por el bienestar del otro, por su cuidado desde una actitud de respeto por la persona que recibe los cuidados como ser humano insustituible. Desde un enfoque de aceptación y carente de juicios moralizantes, la enfermera intenta ayudar a una persona que lo necesita, atendiendo a su rol profesional ¹⁴³. El término de persona se define como ser humano, tanto la enfermera como el paciente son seres humanos, como individuo único e irremplazable que está en continuo proceso de conversión, evolución y cambio ¹⁴⁴.

El enfermo y la enfermera se relacionan como seres humanos en una relación de afinidad, en la medida en que las acciones de la enfermera alivian el sufrimiento del enfermo. Travelbee entiende el concepto de “rapport” como un modo particular de percepción y de relación con nuestros semejantes. Lo califica como un proceso de relación de experiencias significativas compuesta por pensamientos y sentimientos al servicio de los otros; tales como empatía y compasión desde una actitud libre de juicios y de respeto a cada individuo como ser humano único ¹⁴³.

De otro lado, la autora define la salud como estado de salud subjetiva, modo en que el individuo percibe su salud y como estado de salud objetiva definida como la ausencia de enfermedad, incapacidad o defecto de acuerdo con los parámetros físicos, pruebas de laboratorio, entre otros. No ofrece en su teoría una definición explícita de entorno, sin embargo las experiencias que todo ser humano vive como el sufrimiento, dolor, esperanza, desesperanza,

comunicación, son detalladas como condiciones humanas que pudieran interpretarse como entorno ¹⁴⁴.

A modo de conclusión y apoyándonos en Rogers, aprender un marco teórico enfermero no es tarea sencilla, requiere adquirir conocimiento y habilidades pero también una reestructuración cognitiva del modo en que muchas enfermeras piensan y su visión de la enfermería. Señala que el proceso para transformar esta perspectiva empieza por la toma de conciencia del problema. Además, valora la necesidad de que la organizaciones sanitarias faciliten estrategias para la creación de un clima adecuado para la el aprendizaje e implementación de conocimiento y entornos de trabajo enfermeros ¹⁴⁵. En este sentido McCurry, Hunter y Roy entienden la profesión enfermera por su contribución a la sociedad a través de la práctica basada en el conocimiento teórico. Estos autores señalan las bondades de la perspectiva filosófica humanista en los modelos enfermeros y su conexión con la práctica ¹⁴⁶.

Es en este contexto de relación interpersonal, donde entendemos tendrá lugar las intervenciones enfermeras que se llevaran a cabo durante el proceso enfermero en atención a las mujeres con diagnóstico enfermero *ansiedad*.

3. Ansiedad como diagnóstico enfermero según NANDA

En marzo de 1990, la asamblea general de la novena Conferencia de “The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) aprueba la siguiente definición de diagnóstico enfermero (NANDA, 1990): “juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales. Un diagnóstico de enfermería proporciona la base para seleccionar las intervenciones de enfermería que permiten alcanzar los resultados de los cuales el profesional enfermero es responsable”. Según la NANDA, los diagnósticos enfermeros son interpretaciones científicas procedentes de los datos de valoración que se usan para guiar a las enfermeras en la planificación, implementación y evaluación ¹⁸.

El término diagnóstico de Enfermería como juicio clínico, hace referencia no sólo a una categoría sino también a un proceso. Como una categoría cuando se refiere a un juicio diagnóstico y como un proceso cuando se muestra el proceso de razonamiento y juicio clínico necesarios para la elaboración del propio diagnóstico ¹²⁷.

Maria Müller-Staub, en su artículo como ejemplo de un programa de investigación en la implementación de lenguajes enfermeros, apoya el uso de la NANDA, NIC y NOC como instrumentos fiables para medir la calidad de la documentación enfermera. Hace hincapié en el adecuado uso de la metodología enfermera y en la utilización de la Clasificación de la NANDA, como herramienta básica que define diagnósticos enfermeros específicos y completos (etiqueta diagnóstica, código, dominio, clase, definición, factores relacionados, características definitorias y bibliografía si procede). De tal modo que conduzcan a intervenciones efectivas y ayuden en la consecución de los mejores resultados esperados en los pacientes ¹⁴⁷.

De acuerdo con Pinkley, un diagnóstico enfermero específico y dependiente de criterios de resultado e intervenciones enfermeras favorece la implicación del paciente en su cuidado. Además permite la cohesión, no fragmentación del plan de cuidados desde un rol de responsabilidad en el mismo. De otra parte, señala la importancia del conocimiento enfermero desde una perspectiva holística que considere las taxonomías NANDA, NOC y NIC en el contexto del paciente; atendiendo a sus metas, valores y capacidades ¹⁴⁸.

En esta línea, el diagnóstico enfermero *ansiedad* fue el primer diagnóstico enfermero en 1973, basado en el trabajo de Hildegard Peplau. En 1980 la ansiedad fue eliminada de la lista NANDA como un diagnóstico enfermero y se convirtió en parte de las características definitorias del diagnóstico *temor*. Dos años más tarde, el diagnóstico enfermero *ansiedad* fue restablecido como tal y definido con 17 y 12 indicadores subjetivos y objetivos respectivamente ^{149,150}.

Ansiedad como diagnóstico enfermero se define como “sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza”¹⁸.

Linda K. Young, Jill Polzin, Sandy Todd y Sandra Lee Simuncak realizan un estudio con el propósito de explorar la ansiedad en pacientes adultos sometidos a trasplante de médula ósea y validar el diagnóstico enfermero *ansiedad* en esta población. El estudio tiene lugar en una unidad de hemato-oncología en la región centro-oeste de los Estados Unidos con treinta y dos pacientes. Utilizan tres herramientas para medir la ansiedad en el paciente, a) the State/trait Anxiety Inventory (STAI), b) the Graphic Anxiety Scale (GAS) y c) the Defining Characteristics Tool (DCT). Las herramientas fueron administradas por la enfermera investigadora entrenada en diferenciar el diagnóstico *ansiedad* frente al diagnóstico *temor*, quien debía validar el diagnóstico *ansiedad* del plan de cuidados del paciente. Además, las enfermeras de referencia de la unidad recibieron formación para diferenciar *temor* de *ansiedad*¹⁸.

Oliveira N., Chianca T. y Rassool H. realizan un estudio con la intención de validar el diagnóstico enfermero de ansiedad entre las enfermeras expertas brasileñas usando NANDA y comparándolo con el juicio clínico de expertos y clínicos con experiencia en el manejo de pacientes con ansiedad como parte de sus actividades enfermeras diarias. Los resultados a los que llegan muestran que entre las 71 características de ansiedad, 8 fueron identificadas como características definitorias cruciales del diagnóstico enfermero de ansiedad, como inquietud, angustia, incremento de la tensión, insomnio, irritabilidad, agitación, preocupación y alteración del sueño. Concluyen señalando que el principal interés de su trabajo conecta con la mejora en la calidad del cuidado de los pacientes¹⁵¹.

Tierno Reina, Cassinello Espinosa, Rey Camacho y Maldonado Tierno utilizan el diagnóstico enfermero *ansiedad* tras realizar una valoración enfermera por Patrones Funcionales de Salud en un contexto grupal educativo. Las autoras llevaron a cabo un estudio cuasi-experimental antes-después, con tres grupos de unas 8 o 10 mujeres por grupo a través de un paquete terapéutico en tres bloques donde explicitan tanto la estructura de las sesiones, los bloques de trabajo y las técnicas utilizadas. Se apoyaron en el test Goldberg y en un cuestionario diseñado por las autoras para evaluar la eficacia y la efectividad de la intervención educativa. Concluyen afirmando que la Educación para la Salud constituye una herramienta apropiada para la reducción y manejo del diagnóstico enfermero de ansiedad ¹⁵².

Además de los estudios mencionados para la realización de nuestra investigación, nos ha parecido pertinente apoyarnos también en las guías de actuación del Servicio Navarro y Extremeño de salud donde la ansiedad como diagnóstico enfermero queda reflejada en el manejo de ansiedad en atención primaria. Así mismo, nos ha servido de ayuda el protocolo de relajación de la red de salud mental del Servicio Murciano de Salud y las actividades que propone dirigidas al manejo de la ansiedad.

La ansiedad como diagnóstico enfermero queda también reflejada en “Manejo de la ansiedad en Atención Primaria. Guía de actuación” del Servicio Navarro de Salud. En el capítulo seis, los autores definen el concepto de ansiedad según NANDA con sus características definitorias y factores relacionados. Determinan los patrones funcionales de salud que usarán en la valoración de enfermería a pacientes con ansiedad. Incluyen en el capítulo mencionado, los resultados e intervenciones más convenientes en este tipo de pacientes. En el último punto del capítulo, describen el seguimiento de los trastornos de ansiedad en la consulta de enfermería, que orienta a la enfermera para su implementación clínica ¹⁵³.

De otra parte, el Servicio Extremeño de Salud en el año 2008 elaboró “planes de cuidados enfermeros en salud mental”. En en el área de ansiedad, en el epígrafe correspondiente al patrón *adaptación-tolerancia al estrés* los autores dejan constancia de un plan de cuidados enfermero estandarizado y centrado en el diagnóstico *ansiedad* según NANDA. De otra parte, exponen los criterios de resultados con sus indicadores y escalas de medición específicas y las intervenciones con las actividades correspondientes ¹⁵⁴.

Así mismo, el Servicio Murciano de Salud en el año 2004 elabora un protocolo de relajación para ser implantado en salud mental. El protocolo se presenta dividido en dos partes, el documento teórico y operativo. El documento teórico se subdivide en cuatro apartados correspondientes con la justificación empírica, el entrenamiento en relajación progresiva, información básica sobre la ansiedad y anexos que recogen las diferentes hojas de registro y cuestionarios, algunos utilizados en el presente estudio. El documento operativo contiene un resumen de toda la información relevante para su aplicación, incluye un diagrama de flujo de todo el proceso ¹².

A la luz de lo visto en este apartado, podríamos acabar diciendo que sin un lenguaje diagnóstico que guíe nuestra práctica profesional no podríamos profundizar en la individualidad de determinadas respuestas humanas. De este modo, el diagnóstico enfermero *ansiedad* según NANDA nos va permitir atender esta necesidad, centrando nuestro interés en este juicio clínico y las intervenciones enfermeras vinculadas a él con la pretensión de evaluarlas en beneficio de las pacientes.

4. Criterios de resultado enfermero: una herramienta enfermera para evaluar la utilidad de las intervenciones enfermeras en el marco del plan de cuidados de ansiedad

En 1991 se formó en la Universidad de Iowa un equipo de investigación dirigido por Marion Johnson y Meridean Maas, con el fin de desarrollar una clasificación de resultados de los pacientes dando lugar a la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Una clasificación estandarizada y exhaustiva de los resultados de los pacientes que se vinculará con los cuidados de enfermería y que podrá ser utilizada para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras. Fue publicada por primera vez en 1997.

El uso de los Resultados de Enfermería en los pacientes proporciona un lenguaje profesional para evaluar la calidad de los cuidados, que las enfermeras pueden utilizar para identificar los efectos de las intervenciones enfermeras. Los resultados responderían a la pregunta ¿se benefició la paciente de los cuidados proporcionados?. De ahí la importancia del uso de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) como herramienta para conocer la utilidad de las intervenciones enfermeras, en el caso que nos ocupa dirigida a pacientes con diagnóstico enfermero *ansiedad*¹⁵⁵.

La cuarta edición de la clasificación publicada en 2008, contenía 385 resultados agrupados en 33 clases y 7 dominios para facilitar su uso. Cada resultado NOC consta de un nombre de etiqueta, una definición, una lista de indicadores que permiten evaluar el estado del paciente en relación con el resultado, una escala de 5 puntos de tipo Likert, destinada a evaluar el estado del paciente y una breve lista de referencias bibliográficas utilizadas para el desarrollo del resultado; tal y como se muestra en la siguiente tabla que refleja algunos indicadores del criterio de resultado nivel de ansiedad.

Al medir el resultado antes de intervenir, la enfermera establece una puntuación basal sobre el resultado y luego puede puntuarlo después de la intervención. Esto permite seguir los cambios en el estado del paciente.

Resultado de enfermería: <i>Nivel de Ansiedad</i> (1211)					
Dominio: Salud psicosocial (III)	Definición:				
Clase: Bienestar psicosocial (M)	Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable				
Escala: Grave hasta Ninguno (n)					
INDICADORES					
Nivel de ansiedad	Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5
121101 Inquietud					
121106 Tensión Muscular					
121108 Irritabilidad					
121115 Ataque de pánico					
121117 Ansiedad verbalizada					
121118 Preocupación exagerada por eventos vitales					
121119 Aumento de la presión sanguínea					
121120 Aumento de la velocidad del pulso					
121121 Aumento de la frecuencia respiratoria					
121123 Sudoración					
121124 Vértigo					
121129 Trastorno del sueño					
121130 Cambio en las pautas intestinales					
121131 Cambio en las pautas de alimentación					
Puntuación global					
3ª edición 2004					
Bibliografía:					
American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed text revisión). Washington DC: Author.					
Byrne, B. (2000). Relationships between anxiety, fear, self-esteem, and coping strategies in adolescence. <i>Adolescence</i> , 35(137), 201-216.					
Charron, H.S. (1998). Anxiety disorders. In E. M. Varcarolis (Ed.), <i>foundations of psychiatric mental health nursing</i> (3rd ed, pp. 443-477). Philadelphia: W.B. Saunders.					
Kim, M., Sertella, R., Gulanick, M., Moyer, K., Parsons, E., Scherbel, J., Stafford, M., Suhayada, R., & Yocum, C. (1984). Clinical validation of cardiovascular nursing diagnoses. In M. Kim, G. McFarland, & A. McLane (Eds.), <i>Classification of</i>					

nursing diagnoses: Proceeding of the fifth national conference (pp. 128-137). St. Louis: Mosby.

Shuldham, C.M., Cunningham, G., Hiscock, M., & Luscombe, P. (1995). Assessment of anxiety in hospital patients. *Journal of Advanced Nursing*, 22(1), 87-93.

Taylor-Loughran, A. E., O'Brien, M. E., LaChapelle R., & Rangel, S. (1989). Defining characteristics of the nursing diagnoses fear and anxiety: A validation study. *Applied Nursing Research*, 2(4), 178-186.

Whitley, G. G., & Tousman, S. A. (1996). A multivariate approach for validation of anxiety and fear. *Nursing Diagnosis*, 7(3), 116-124.

Tabla 3. Ejemplo adaptado del criterio de resultado de enfermería nivel de ansiedad (1211)

Un resultado se define como “el estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad medido a lo largo de un continuo como respuesta a una o más intervenciones de enfermería”. Cabe la posibilidad de otras variables, además de la propia intervención, que pueden influir en los resultados del paciente. Esas variables van desde el proceso utilizado para proporcionar el cuidado, incluidas las acciones de otro profesional sanitario, las variables organizativas y del entorno que influyen en la forma en la que se seleccionan y proporcionan las intervenciones, así como las características del paciente, incluidas su salud física y emocional y las circunstancias vitales por las que atraviesa.

Los resultados NOC son muy útiles porque permiten cuantificar el estado, conducta o percepción del paciente que se espera que ocurra en momentos específicos de un itinerario deseado en el marco de los cuidados enfermeros. La NOC ofrece diversas ventajas para el trabajo con pacientes en distintas especialidades y entornos. La principal ventaja es su capacidad para realizar un seguimiento del progreso o variación del estado, conducta o percepción del paciente y compararlo después de una intervención enfermera; cuando cabe esperar que ésta influya en ellos. Con lo cual las enfermeras podemos cuantificar el cambio en el estado del paciente después de las intervenciones y monitorizar su progreso; juicio clínico al servicio de la persona.

Los resultados variables proporcionan más información que la mera satisfacción de un objetivo, y una mayor riqueza de información para evaluar adecuadamente la efectividad de las intervenciones. La NOC proporciona

indicadores para cada resultado que depende de las intervenciones enfermeras. Como la NOC indica, los indicadores pueden considerarse resultados más concretos útiles en la determinación del concepto más amplio medido por el resultado. Esto permite cuantificar los estados de los resultados en cualquier punto de un continuo de salud, controlando el progreso del paciente, mantenimiento o ausencia del mismo ¹⁵⁵. De este modo, para que la profesión enfermera se implique activamente en la investigación de la evaluación clínica es imprescindible identificar y medir los resultados de los pacientes derivados de los cuidados enfermería ¹⁵⁶.

Centrando nuestro interés en la evaluación de las intervenciones enfermeras, es el valor de utilizar resultados en lugar de declaraciones de objetivos, lo que facilita que un cambio en la puntuación pueda determinarse después de proporcionar cuidados de enfermería. Tal cambio sería difícil reflejarlo únicamente con objetivos a la hora evaluar la eficacia de los tratamientos enfermeros y comparar los resultados con poblaciones de pacientes concretos en el tiempo. Por tanto, a diferencia de las declaraciones de objetivos que dificulta a la enfermera conocer y cuantificar el grado de mejoría del paciente; los resultados se expondrán como conceptos variables que reflejan la condición, percepción o conducta real de las pacientes medidos antes y después de las intervenciones enfermeras.

Los fenómenos con respecto a los resultados de los pacientes dependientes de enfermería de la investigación, son los estados o conductas del paciente individual o del cuidador familiar, incluyendo percepciones o estado subjetivos. Estos fenómenos contrastan con las intervenciones enfermeras, las cuales describen las conductas enfermeras. Los fenómenos sobre los resultados también contrastan con los diagnósticos enfermeros, ya que éstos son estados identificados porque se desea una mejora. Los resultados definen un estado del paciente en un momento concreto y pueden indicar una mejora o deterioro del estado en comparación con una valoración anterior ¹⁹.

Reconocer que datos son valiosos es de crucial importancia para determinar qué indicadores predicen mejor el variable estado del paciente. De tal modo, los datos pueden obtenerse del registro del paciente, de la observación directa, de la entrevista de valoración siguiendo los Patrones Funcionales de Salud de Gordon (anexo 4) y de la valoración física. Incluso puede ser necesario solicitar información o impresiones al paciente o a su familia. Si un indicador es considerado una medida importante del progreso del paciente, las enfermeras debemos reunir los datos cuidadosamente en función del entorno clínico del que se trate y de las características de los pacientes.

Teniendo presente todo lo visto hasta ahora, es nuestra pretensión realizar la medición de unos resultados enfermeros propuestos con el fin de conocer en un contexto de rigor metodológico adecuado, la posible mejoría en la respuesta de ansiedad de las mujeres que reciben las intervenciones de enfermería que proponemos.

4.1 Limitaciones en el uso de la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)

Una preocupación frecuente manifestada por las enfermeras es la subjetividad de las escalas, como se desprende de los resultados de investigación de la fase III de la NOC ¹⁹, donde la enfermera debe realizar un juicio enfermero sobre el estado del paciente puntuando la escala del resultado. En este proceso interviene una acertada elección de los indicadores que mejor se ajusten al estado de salud-enfermedad del paciente en beneficio de una adecuada evaluación. Así, como veremos más adelante, en la evaluación de las intervenciones enfermeras nos apoyamos en tres criterios de resultado enfermero con los indicadores más apropiados al juicio clínico enfermero.

Desde una perspectiva enfermera, entendemos que un plan de cuidados no solamente debe ofrecer mejoría al paciente, sino también hacerle participe en la gestión del proceso aumentando su seguridad y sensación de control en la asunción de un rol de responsabilidad y participación de su proceso de salud-

enfermedad. De este modo, el resultado dependiente del diagnóstico enfermero favorecerá la implicación del paciente en su cuidado.

5. Intervenciones de Enfermería en el diagnóstico NANDA ansiedad

La clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería. Incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independientes como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos.

El equipo de investigación, liderado por Joanne Dochterman y Gloria Bulechek desarrolló la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). La investigación destinada a desarrollar un vocabulario específico y una clasificación de intervenciones de enfermería comenzó en 1987. En 1992 publican por primera vez la clasificación estandarizada y exhaustiva de intervenciones de enfermería (NIC).

A diferencia del diagnóstico de enfermería o del resultado del paciente, el centro de atención en las intervenciones de enfermería es la actuación del profesional enfermero/a. La NIC centra su interés en las acciones de los profesionales que ayudan al paciente a progresar hacia la consecución de un resultado deseado.

Según el equipo de investigación de la NIC, esta clasificación debe utilizarse para comunicar las intervenciones que los profesionales de enfermería utilizan con los pacientes, familias, comunidades o sistemas sanitarios. La implementación de las intervenciones de enfermería en los distintos entornos clínicos pretenden mejorar los resultados de respuesta humana de los pacientes y facilitar la comunicación con otros profesionales, estableciendo un lenguaje común. Los cuidados necesitan una terminología normalizada en las áreas de los diagnósticos, intervenciones y resultados para promover la base de conocimientos de nuestra disciplina. De este modo, nos parece necesario

resaltar la importancia del uso de un lenguaje normalizado para la práctica profesional.

La quinta edición de la NIC de 2008, consta de 542 intervenciones y más de 12.000 actividades. Las intervenciones están agrupadas en 30 clases y 7 campos para facilitar su uso informático y manipulación sencilla de los datos. Los campos y las clases ayudan a la enfermera clínica a localizar y seleccionar las intervenciones más adecuadas para los pacientes.

Las partes normalizadas de la intervención y que no deben cambiarse son su denominación y la definición. Sin embargo, los cuidados pueden individualizarse a través de actividades. La etiqueta NIC nos permite comunicar con facilidad nuestro trabajo en diferentes entornos clínicos ²⁰.

Las intervenciones de la NIC se han relacionado con los resultados de la NOC, y los diagnósticos de la NANDA, esencial para llevar a término la vinculación entre los tres lenguajes enfermeros y que ayuda a las enfermeras clínicas, investigadoras y a los estudiantes a seleccionar los resultados e intervenciones más adecuados para los diagnósticos que presenten sus pacientes ¹⁵⁷.

Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I. y Van Achterberg T. realizan una revisión sistemática centrada en la aplicación e impacto de la práctica enfermera. Los autores examinaron los efectos de la documentación enfermera evaluada, frecuencia, precisión de los diagnósticos enfermeros y la coherencia entre diagnósticos enfermeros, intervenciones y resultados. Afirman que el uso de terminologías estandarizadas facilita esta medida y contribuye a visibilizar la contribución científica enfermera ¹⁴⁷.

De otro lado, los autores indican que la coherencia entre diagnósticos, intervenciones y resultados se establece desde la etiología del diagnóstico y que para conseguir tal coherencia las enfermeras deberían beneficiarse del uso de las taxonomías NANDA, NIC y NOC ¹⁴⁷. Así, un factor clave en la evaluación de

los resultados enfermeros deriva en la interconexión con los diagnósticos enfermeros y las intervenciones. En uno sus trabajos, Müller-Staub et al. entienden la mejoría en la calidad del cuidado a través de la implementación de los diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras, sin embargo creen que se necesitan más estudios para solventar esta cuestión ¹²³.

Para concluir, queremos destacar la importancia del diagnóstico enfermero como un proceso de razonamiento que nos lleva a emitir una conclusión basada en evidencias con la finalidad de formular un juicio derivado de la práctica reflexiva. Esto no sólo facilita la elección de adecuados criterios de resultado e intervenciones para su consecución, sino que también nos permite documentar y evaluar nuestro quehacer diario. Todo ello, como práctica enfermera, se sustenta en un marco conceptual apropiado y coherente para organizar, clasificar e interpretar los datos de nuestras actuaciones, base fundamental de la disciplina.

El uso de un lenguaje normalizado para planificar y documentar los cuidados, proporciona datos para tomar decisiones y determinar el coste y calidad de los cuidados de enfermería. Determinar los efectos de las intervenciones de enfermería en mujeres con diagnóstico enfermero *ansiedad* en un centro de salud mental, es el propósito de nuestra investigación. Para conseguir los objetivos propuestos y evaluar el progreso de las pacientes, utilizaremos unos criterios de resultado y unas intervenciones enfermeras necesarias para la consecución de los resultados deseados y propuestos.

PARTE II

**MARCO
EMPÍRICO**

CAPÍTULO V

DISEÑO METODOLÓGICO

Capítulo V: DISEÑO METODOLÓGICO

1. Planteamiento de la investigación

Toda investigación se presenta como un proceso a través del cual se ponen de manifiesto una serie de problemas a resolver. Esto se realiza de forma planificada y con un determinado fin, con la intención de generar conocimiento. Investigar en cuidados de enfermería significa aportar evidencia científica en relación a las etapas del Proceso de Enfermería. Los resultados de investigación utilizando taxonomías NANDA, NOC y NIC tienen lugar en el denominado “proceso de acción” en un contexto de relación enfermera-paciente con acciones enfermeras autónomas y reflexivas.

En acuerdo con Fawcett, es nuestra responsabilidad generar conocimiento enfermero específico derivado de la investigación utilizando metodología enfermera con la pretensión de mejorar nuestra práctica y nuestro cuerpo de conocimientos ¹²⁵. Es en este escenario donde pretendemos aportar conocimiento enfermero en la especialidad de salud mental derivado de la investigación y de la práctica fundamentada en evidencias.

Tal y como hemos visto, nuestra reflexión teórica aporta el conocimiento del trastorno de ansiedad desde una perspectiva de género, así como la importancia que a nuestro entender presenta las intervenciones de enfermería adecuadas, mostrando un procedimiento con una metodología concreta de entrenamiento en el manejo de ansiedad y otras intervenciones con el fin de abordar tal problemática desde la perspectiva enfermera y por tanto mejorar el cuidado que prestamos a las pacientes de un modo holístico.

Atendiendo a lo anterior, se nos planteaba la siguiente cuestión de fondo, que surge a partir de la confrontación entre la posición epistemológica en referencia al marco teórico y la experiencia, como profesional de Enfermería en Salud Mental en mi quehacer diario con mujeres que padecen trastorno de ansiedad.

Esta cuestión de fondo es la siguiente:

¿En qué medida mejorarán las intervenciones de enfermería el estado de las mujeres con diagnóstico ansiedad según taxonomía NANDA?

2. Hipótesis y objetivos del estudio

La pregunta de fondo de la investigación hace de guía en el planteamiento del diseño metodológico y nos lleva a marcar un plan idóneo para alcanzar las respuestas. Es de este modo, que partimos de la siguiente hipótesis:

La implementación de las intervenciones de enfermería en un grupo de mujeres con diagnóstico ansiedad mejorará la sintomatología previa a la provisión de tales cuidados.

Nos planteamos como objetivo general:

Evaluar las intervenciones de enfermería en los cuidados a mujeres con diagnóstico enfermero ansiedad, de modo que nos permita generar conocimiento enfermero útil en nuestra práctica clínica.

Así mismo, con el fin de responder a la pregunta inicial realizada, hemos definido los siguientes objetivos específicos:

- 1. Identificar cambios en el autocontrol de la ansiedad y de la sintomatología ansiosa antes y después de recibir las intervenciones de enfermería en el plan de cuidados grupal a mujeres con ansiedad.**

Dado que las mujeres incluidas en el estudio, presentan el diagnóstico enfermero *ansiedad*, y tal como afirman los estudios de Echeburúa y Salaberria, entre otros, entendemos que conocer si existe variabilidad en los niveles de ansiedad antes y después de recibir las intervenciones enfermeras en las pacientes nos permitirá identificar cambios en cuanto a la mejoría y manejo de la ansiedad y nos orientará en cuanto a la utilidad de los mismos ^{36,90,100}.

2. Conocer el perfil sociodemográfico de las mujeres que reciben los cuidados de enfermería centrados en el diagnóstico *ansiedad*.

Atendiendo a los estudios de Arenas y Puigcerver entre otros, se han identificado un conjunto de factores que pueden explicar el predominio femenino en los trastorno de ansiedad, entre ellos los factores psicosociales y socioculturales, que incluyen diferencias en el tipo de afrontamiento de la persona, rol sexual, pobreza, nivel educativo, estado civil, aislamiento social, etc. Atendiendo a este objetivo, entendemos que describir las variables sociodemográficas de las mujeres que participen en el estudio, nos permitirá conocer mejor la influencia de estos factores en nuestro estudio ^{3,102}.

3. Dotar a las pacientes de recursos para un mejor manejo de la ansiedad a través de la intervención enfermera en educación sanitaria impartida en las intervenciones enfermeras grupales.

La realización de dicha sesión educativa, permite al paciente comprender sus problemas, dando una explicación sobre la naturaleza de la ansiedad y sus efectos, así como mejorar y adquirir habilidades para un adecuado manejo de su enfermedad ^{93,17,16}.

3. Metodología: Tipo de estudio

Nuestro estudio es de corte cuantitativo. Para ello, se ha llevado a cabo la realización de un estudio pre-experimental del tipo pretest-posttest de un solo grupo mediante la aplicación del Proceso de Enfermería, con el fin de valorar la utilidad de un plan de cuidados de ansiedad en un contexto grupal en mujeres con diagnóstico enfermero *ansiedad*, empleando la valoración de enfermería por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon (anexo 4) y los criterios de resultado enfermero (NOC): *autocontrol de la ansiedad*, *nivel de ansiedad* y *conocimiento: conducta sanitaria* (anexos 10, 11 y 12) antes y después del citado plan 158,14.

Dado que se trata de un diseño pretest-postest entendemos que éste ofrece la ventaja de presentarnos un punto de referencia inicial para ver qué nivel posee el grupo de mujeres participantes en las variables dependientes a estudio antes de recibir las intervenciones enfermeras, y de este modo permitimos evaluar el resultado del plan de cuidados de enfermería desarrollado y determinar qué intervenciones han sido efectivas.

Cabe decir que centrándonos en el método y metodología que sostiene el estudio, el investigador está presente como enfermera. El cuidar, como indica acertadamente Watson ¹³², comprende aspectos de la salud, como es la relación interpersonal entre la enfermera y el paciente. Es de este modo, que la aplicación del proceso de enfermería comprende al investigador como un instrumento flexible de la indagación, dado que el investigador no se borra del estudio, sino que se convierte en un instrumento, un vehículo para obtener datos y comprender la experiencia del otro ¹⁵⁹.

Es desde esta perspectiva cualitativa en la investigación, que hemos considerado tener presente estas cuestiones durante la fase de ejecución del plan de cuidados propuesto, utilizando en todo momento una relación terapéutica enfermera eficaz con las mujeres participantes, que nos permitiese de un modo riguroso recoger y valorar mediante los Patrones de Salud, así como medir y evaluar las intervenciones enfermeras desarrolladas.

3.1 Ámbito y población de estudio

A efectos sanitarios, el mapa de la Región de Murcia está dividido en 9 Gerencias de Área de Salud. El Centro de Salud Mental de Águilas atiende a la población perteneciente a los Centros de Salud de la Gerencia de Área III en el municipio de Águilas y su Hospital de referencia es el Hospital Rafael Méndez.

En el CSM de Águilas, se llevan a cabo tres programas básicos a) infanto-juvenil, b) drogodependencias y c) adultos. La intervención de estudio estará enmarcada en este último programa y en especial en los trastornos por ansiedad

y afectivos como marca las líneas maestras para el desarrollo de la cartera de servicios de la Subdirección de Salud Mental.

La población objeto de estudio la componen por derivación de profesionales de la psiquiatría y psicología clínica con diagnósticos de trastorno de ansiedad y del humor según CIE-10 pertenecientes al programa de adultos y vinculados al Centro de Salud Mental de Águilas.

La población de estudio son las personas con ansiedad de Águilas, la población diana corresponde con las mujeres de 18 a 65 años con ansiedad de Águilas y la población accesible hace referencia a las mujeres de 18 a 65 años con ansiedad según taxonomía NANDA del CSM Águilas de donde se obtiene la muestra de estudio siguiendo los criterios de elegibilidad o muestreo.

Por tanto, la muestra de estudio estará compuesta por las pacientes que tras una valoración de enfermería por patrones funcionales de salud de Margory Gordon, en consulta individual de enfermería, presenten el diagnóstico enfermero *ansiedad*. Las participantes, tras aceptar y firmar el consentimiento informado (anexo 1), se incluyeron en el plan de cuidados de ansiedad (anexo 3) y además se cumplimentará el protocolo de derivación al grupo de relajación como intervención enfermera (anexo 2).

3.2. Criterios de inclusión y de exclusión

Los criterios de inclusión han sido los siguientes: ser mujer adulta con edad comprendida entre los 18 años y 65 años que presenten diagnóstico enfermero *Ansiedad* y voluntariedad por parte de la paciente.

Los criterios de exclusión son los siguientes: ser varón, presencia de patología mental grave (esquizofrenia, trastorno de personalidad, trastorno bipolar, depresión mayor y trastorno mental y del comportamiento debido a consumo de sustancias psicotropas), abandono del grupo tras dos faltas sin justificación, padecimiento de un trastorno mental derivado de enfermedad orgánica^{160,16,92}. Se excluye patología mental grave anteriormente citada, por la dificultad del trabajo

en momentos de descompensación de su patología mental grave que a nuestro entender dificultaría el aprendizaje del resto de las pacientes.

3.3. Variables

3.3.1. Variable independiente

Intervenciones enfermeras a un grupo de mujeres con diagnóstico enfermero *ansiedad* según taxonomía NANDA, en la que se han llevado a cabo el Proceso de Atención Enfermero con las intervenciones de enfermería en el área de la ansiedad.

3.3.2. Variables dependientes

- *Criterio de resultado enfermero: nivel de ansiedad (1211).*
- *Criterio de resultado enfermero: autocontrol de la ansiedad (1402).*
- *Criterio de resultado enfermero: conocimiento: conducta sanitaria (1805).*

3.3.3. Variables demográficas

- *Edad:* fecha de nacimiento.
- *Estado civil:* 1 soltera, 2 casada, 3 divorciada/separada, 4 viuda.
- *Convivencia:* 1 familia propia, 2 familia de origen, 3 con otros familiares, 4 sola.
- *Situación laboral:* 1 activo, 2 desempleada, 3 labores domésticas, 4 incapacidad temporal laboral, 5 pensionista/jubilada.
- *Nivel educativo:* 1 sin estudios, 2 estudios primarios, 3 estudios secundarios, 4 estudios universitarios.

Atendiendo a la consecución de los objetivos planteados en este estudio, entendemos que resulta necesaria la utilización de instrumentos de evaluación enfermero y de recogida de datos, que presentamos a continuación.

3.4. Instrumento de evaluación

3.4.1. Clasificación de Resultados Enfermeros: criterios de resultado enfermero como instrumento de evaluación

Los resultados de enfermería e indicadores pueden utilizarse para fijar las metas en pacientes específicos y para evaluar el estado basal y su evolución a lo largo del tiempo. La diferencia de las puntuaciones en los resultados, entre la medición basal con la medición después de la intervención, representa los efectos de la intervención enfermera y es uno de los principales beneficios de utilizar resultados variables más que objetivos ¹⁹.

Con la presente investigación, pretendemos evaluar la utilidad de las intervenciones enfermeras en el entorno de cuidados de salud mental, en concreto en mujeres que presentan ansiedad. Para tal fin, nos apoyaremos en los criterios de resultado enfermero como instrumentos de medida. De tal modo que proponemos los siguientes criterios de resultado para evaluar la utilidad de las intervenciones que describiremos en el apartado “plan de trabajo en los cuidados a mujeres con ansiedad” en las pacientes del estudio: a) *nivel de ansiedad (1211)*, b) *autocontrol de la ansiedad (1402)* y c) *conocimiento: conducta sanitaria (1805)*.

3.4.2. Patrones Funcionales de Salud (PFS)

La taxonomía NANDA suscribe la necesidad de un marco de valoración enfermera para generar diagnósticos enfermeros precisos como son los once Patrones Funcionales de Salud (PFS) de Marjory Gordon. Los PFS de Gordon son una disposición de comportamientos más o menos comunes a todas las pacientes, un modo de considerar a las personas, familias o a la comunidad. Este instrumento nos permite a las enfermeras realizar una valoración sistemática y premeditada derivada de la recogida ordenada de información realizada a través de la entrevista, de la observación y de la exploración física; lo que facilita a su vez el análisis y el juicio clínico enfermero ^{161,18}.

En este sentido, Fornés afirma que es necesario disponer de una clasificación conceptual sistematizada en un formato de registro que unifique la información recogida ¹⁶². Haremos uso del modelo de valoración por Patrones Funcionales propuesta por Marjory Gordon descrito y desarrollado en la obra de Fornés Vives en el momento de realizar nuestra valoración enfermera, la cuál se presenta en el anexo 6.

3.5. Registro de recogida de datos y análisis estadístico

La recogida de la información se realizará en la semana posterior a la finalización del grupo completo, es decir, en la novena semana, tras el día pactado de inicio. La información obtenida se traslada a una hoja de cálculo Microsoft Excel 2000.

En la hoja de datos se incluyen los siguientes campos: identificador de la paciente, fecha de nacimiento, estado civil, sexo, nivel educativo, situación laboral, convivencia, parámetros físicos (TA, FC, FR, glucemia) antes y después de las intervenciones enfermeras, los criterios de resultados y sus indicadores utilizados en el estudio, además de los PFS de la valoración enfermera antes y después de las intervenciones propuestas y las puntuaciones de los tres criterios de resultado empleados en el estudio.

Los datos de la investigación han sido analizados con el programa estadístico informático Statistical Package for Social Science (SPSS) versión 19.0. La evaluación consiste en el estudio del estado de ansiedad medido con los criterios de resultados enfermeros establecidos y de los parámetros físicos antes y después de las intervenciones enfermeras. Para ello, se aplican estadísticos descriptivos de tendencia central (media y mediana) y de dispersión (desviación estándar). Dado que el tamaño de la muestra es menor de 30 casos, se utiliza la prueba no paramétrica de los rangos con signo de Wilcoxon para conocer la existencia de diferencias entre dos muestras relacionadas. Para conocer la evolución de los PFS en las pacientes de la muestra se emplean estadísticos

descriptivos de frecuencia y de tendencia central (media y desviación típica) con sus gráficos correspondientes.

3.6. Temporalización del estudio

Se ha gestionado de acuerdo a lo siguiente, con la tabla 4 especificamos la temporalización del estudio y sus actividades correspondientes.

Actividades / Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Solicitud de permisos y material pertinente	X														
Elaboración del plan de cuidados		X													
Selección y citación de las pacientes objeto de estudio.			X												
Valoración de Enfermería, puntuación de los criterios de resultado enfermero				X											
Plan de cuidados. Intervención grupal en el área de la ansiedad (8 sesiones)					X	X									
Valoración de Enfermería pos-intervención y puntuación de los criterios de resultado enfermero							X								
Recogida y registro de datos								X							
Análisis e informe de datos									X	X	X				
Informe de investigación												X	X	X	X

Tabla 4. Cronología prevista

3.7. Duración y descripción de las etapas del estudio

A lo largo del primer mes tuvo lugar la petición de la autorización e informe de consentimiento para llevar a cabo el estudio. Más adelante se elaboró el plan de cuidados para las mujeres con diagnóstico de *ansiedad* según NANDA (anexo 3), dejando constancia por escrito.

Al mes siguiente se seleccionó la muestra de mujeres tal y como indicamos en el apartado “ámbito y población de estudio” y la citación telefónica para proceder a la valoración de enfermería y cumplimentación de los documentos mencionados en el epígrafe “plan de trabajo”. Tras su inclusión en el estudio, se procedió a la implementación de las intervenciones enfermeras previstas durante 2 meses. Tras finalizar las intervenciones de enfermería grupales, se vuelven a citar a las pacientes con la finalidad de realizar de nuevo la valoración enfermera y puntuación de las NOC propuestas. Seguidamente tiene lugar el resto de actividades mencionadas en el cronograma de recogida y registro de datos.

Finalizaremos la parte empírica de la investigación, analizando los datos obtenidos de las pacientes pre y post-intervenciones durante 3 meses, con ayuda de un estadístico. Concluiremos emitiendo un informe de investigación que nos ofrezca luz y respuestas a nuestra pregunta de investigación durante los últimos 4 meses.

3.8. Presupuesto y recursos humanos, materiales y económicos

3.8.1. Recursos humanos

- La Enfermera Especialista en Salud Mental, investigadora del proyecto, realizará las intervenciones enfermeras grupales a mujeres en el área de la ansiedad y ejercerá también la función de evaluadora de los resultados y difusión de los mismos.
- Los/las terapeutas de referencia de las pacientes.

- Un ingeniero informático y estadístico para la gestión informática y análisis de los datos.

3.8.2. Recursos materiales

- Una sala de grupos, preferentemente ubicada en el Centro de Salud Mental (CSM). La estancia deberá reunir las condiciones necesarias de iluminación, ventilación y posibilidades para la conexión del material informático y de soporte de exposición de las distintas sesiones.
- Una consulta de enfermería para preparación del material para las sesiones, evaluación de las mismas y análisis de los datos.
- Terminal de teléfono fijo, donde tendrá lugar las llamadas de teléfono en la etapa de citación de las pacientes que conformarán la muestra del estudio.
- Ordenador portátil con el siguiente soporte informático:
 - Un paquete de software ofimático completo para gestionar la información: preparar las sesiones de educación para la salud, almacenar los datos y facilitar la difusión de los resultados.
 - Un paquete de software estadístico para el análisis de la información (SPSS versión 19.0).
- Conexión a Internet.
- Fotocopiadora del CSM.
- Compact Disc de música de relajación.
- Reproductor de Audio.
- Material de oficina: bolígrafos, grapadora, rotuladores, folios.
- Proyector digital para la reproducción de presentaciones.

3.8.3. Recursos económicos

El régimen económico corresponde con el establecido y en vigencia por el Servicio Murciano de Salud.

- Contratación de una enfermera especialista en salud mental a jornada completa: con los conocimientos especializados se podría favorecer una reducción de los costes sanitarios que derivan del consumo de recursos asistenciales como el aumento en la frecuentación de consultas de otros profesionales, asistencia a urgencias hospitalarias, además del gasto en fármacos psiquiátricos.
- Contratación de un ingeniero informático y estadístico durante un mes.
- En relación a los recursos materiales, se aprovecharán los que disponga el CSM. El coste adicional a este nivel correspondería a los siguientes:
 - Compra de un ordenador portátil y software informático pertinente.
 - Proyector Digital.

3.9. Proceso enfermero en los cuidados a mujeres con ansiedad

El proceso de investigación en cuidados enfermeros en mujeres con diagnóstico *ansiedad*, se desarrolla en el marco del proceso de atención enfermera que explicitamos en los siguientes enunciados. Durante la elaboración e implementación del estudio, se ha tenido en cuenta el marco teórico, construido a partir de la literatura revisada y de los objetivos descritos.

Como ya mencionamos, el trabajo se lleva a cabo en el Centro de Salud Mental de Águilas en consulta de enfermería y en la sala de grupos. Durante el estudio tendrá lugar un periodo de tiempo determinado para cada actividad, todo ello enmarcado dentro de la planificación de las tareas previstas en la ejecución de las actividades incluidas en la parte empírica del estudio. Cabe señalar que esta temporalización podría variar en relación con el resto de intervenciones desempeñadas en el seno del quehacer diario en el centro de trabajo.

El estudio se inicia con la elaboración del plan de cuidados a mujeres con ansiedad plasmándolo por escrito y basándonos en la literatura revisada. Posteriormente, se procederá a las citaciones de las pacientes para valoración de enfermería y cumplimentación de los criterios de resultados enfermeros. Además, durante la primera cita se le explicará a cada paciente las intervenciones planificadas dentro de un breve encuadre apoyándonos en el consentimiento informado. Si las pacientes cumplen criterios diagnóstico de *ansiedad* según taxonomía NANDA, aceptan recibir cuidados de enfermería y el resto de criterios de inclusión enunciados anteriormente, formarán parte del estudio. Con la finalidad de recibir las intervenciones de enfermería del plan de cuidados de ansiedad, que más adelante detallaremos, se les indicará el día y hora de inicio.

Tras finalizar las 8 sesiones de intervenciones enfermeras grupales, se volverá a citar a todas las pacientes en consulta de enfermería para proceder a una segunda valoración y cumplimentación de la puntuación de los criterios de resultado previstos. De tal modo, que nos permita obtener información rigurosa y sistemática con la intención de identificar cambios en el nivel y autocontrol de ansiedad y generar conocimiento enfermero útil y coherente mediante la evaluación de las intervenciones enfermeras a mujeres con *ansiedad* como diagnóstico NANDA.

A continuación, exponemos el procedimiento y las herramientas necesarias durante el proceso de investigación en cuidados enfermeros, para una mejor comprensión del fenómeno estudiado. Dedicamos un apartado a la valoración de enfermería por Patrones Funcionales de Salud de Gordon. El siguiente enunciado centra el interés en el diagnóstico enfermero *ansiedad*. Más adelante, nos detenemos en los resultados de enfermería que nos van a permitir conocer la evolución de las pacientes. Por último, incluimos un enunciado con las intervenciones enfermeras que proponemos llevar a cabo en la etapa de ejecución de los cuidados a mujeres con ansiedad.

3.9.1. Valoración enfermera según Patrones Funcionales de Salud de Gordon

La valoración es la primera etapa del proceso de enfermería en la cuál se reúne toda la información necesaria para obtener una imagen nítida del estado de salud del paciente. Como lo expresa Alfaro, debería considerarse esta etapa como muy importante puesto que todas las decisiones e intervenciones de enfermería se basan en la información reunida durante esta fase.

Siguiendo a Alfaro, la valoración debería ser planificada, sistemática y completa para asegurar que se obtiene toda la información pertinente, ya que es probable que sin un enfoque holístico pueda omitirse información relevante sobre el funcionamiento de la persona como ser biopsicosocial. La autora encuentra importante el empleo de un impreso para la recogida de datos, necesario en el proceso de identificación del diagnóstico enfermero ¹⁶³.

En nuestro caso, el primer contacto con las pacientes objeto de estudio, tiene lugar en una primera consulta en el despacho de enfermería del Centro de Salud Mental. Es en este momento, donde se lleva a cabo la valoración de enfermería, registrando todos los datos pertinentes en un documento organizado de acuerdo con los once Patrones Funcionales de Salud de Gordon. Además, la recogida de datos continúa durante todas las citas e intervenciones grupales de enfermería programadas en el plan de cuidados.

De otra parte, cabe mencionar que aunque las pacientes son consideradas como la fuente básica de información, se extraerán datos de los registros de otros profesionales y la documentación sanitaria presente en su historia clínica respecto a su problema motivo de consulta en salud mental. Así, tendrá lugar la actividad de validación de los datos, con la posterior organización y comunicación escrita de éstos. De tal modo, que al agrupar los datos de valoración relacionados por patrones de comportamiento o respuesta humana nos facilite la formulación de juicios clínicos o diagnósticos precisos en la disciplina enfermera.

3.9.2. Diagnóstico Enfermero Ansiedad

Durante el desarrollo del marco teórico, nos aproximamos al concepto del diagnóstico enfermero *ansiedad* según taxonomía NANDA. En este apartado, es nuestro propósito dejar constancia de la composición del diagnóstico *ansiedad* aplicado a las mujeres objeto de las intervenciones enfermeras.

Como indicábamos en el capítulo cuarto, el diagnóstico enfermero ansiedad se define como “sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza”.

El dominio 9 *afrontamiento/tolerancia estrés* de la NANDA recoge 3 clases, donde la clase 1 corresponde a una *respuesta postraumática* y la clase 3 a *estrés neurocomportamental*. Por la naturaleza de nuestro estudio, el diagnóstico enfermero *ansiedad* queda enmarcado dentro del dominio 9 en la clase 2 *respuesta de afrontamiento*. En la siguiente tabla, enunciamos las características definitorias y los factores relacionados que conforman el diagnóstico *ansiedad* en nuestro estudio.

Así, como enfermeras tenemos plena capacidad y autonomía para actuar sobre las causas o factores relacionados a través de las intervenciones enfermeras. Hemos querido seleccionar y destacar un único diagnóstico enfermero que corresponde con el de *ansiedad* como diagnóstico único. El diagnóstico enfermero *ansiedad* como uno de los criterios de inclusión en el estudio, nos va a permitir un abordaje amplio que engloba otras posibles respuestas disfuncionales que son recogidas en la valoración enfermera como insomnio, disminución del apetito, aumento de la tensión, temblores, preocupación, sequedad bucal, diarrea, irritabilidad, temor, nerviosismo entre

otras y que pueden ser resueltas con las intervenciones propuestas en el marco del diagnóstico *ansiedad*.

Diagnóstico Enfermero			
Etiqueta diagnóstica:	<i>Ansiedad</i>	Código diagnóstico:	00146
Dominio:	Afrontamiento/tolerancias al estrés	Clase:	Respuestas de afrontamiento
Factores relacionados (r/c)			
Cambio en:	La situación económicas	El estado de salud	
	El entorno	Función del rol	
	Los patrones de interacción	El estatus del rol	
Exposición a toxinas		Estrés	
Asociación familiar		Abuso de sustancias	
Herencia		Amenaza de muerte	
Contagio interpersonal		Conflicto inconsciente sobre los objetivos vitales esenciales	
Transmisión interpersonal		Conflicto inconsciente sobre los valores esenciales	
Crisis de maduración		Necesidades no satisfechas	
Crisis situacionales			
Amenaza para:	La situación económica	La función del rol	
	El entorno	El estatus del rol	
	El estado de salud	El autoconcepto	
	Los patrones de interacción		
Características definitorias (m/p)			
Conductuales	Disminución de la productividad	Lanzar miradas alrededor	
	Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales	Insomnio	
	Movimientos extraños	Evita el contacto ocular	
	Nerviosismo	Agitación	
		Control	
Fisiológicas	Tensión facial	Estremecimientos	
	Temblor de manos	Temblores	
	Aumento de la sudoración	Voz temblorosa	
	Aumento de la tensión		

Afectivas	Aprensión	Preocupación creciente	Persistente aumento de la impotencia
	Angustia	Irritabilidad	Tamborileo
	Distrés	Sobresalto	Arrepentimiento
	Temor	Sobreexcitación	Incertidumbre
	Sentimientos de inadecuación	Creciente	Preocupación
	Atención centrada en el yo	impotencia dolorosa	
Simpáticas	Anorexia	Palpitaciones	Dilatación pupilar
	Excitación cardiovascular	Aumento de la tensión arterial	Dificultades respiratorias
	Diarrea	Aumento del pulso	Vasoconstricción capilar
	Sequedad bucal	Aumento de los reflejos	Movimientos espasmódicos
	Sofocaciones	Aumento de la respiración	Debilidad
Parasimpática	Dolor abdominal	Fatiga	Frecuencia urinaria
	Disminución de la presión arterial	Nauseas	Dificultad para iniciar el chorro de orina
	Disminución del pulso	Trastornos del sueño	
	Diarrea	Hormigueos en la extremidades	Urgencia urinaria
	Mareos		
Cognitivas	Conciencia de los síntomas fisiológicos	Disminución del campo perceptual	
	Bloqueo del pensamiento	Temor a consecuencias inespecíficas	
	Confusión	Olvido	
	Disminución del campo perceptual	Deterioro de la atención	
	Dificultad para la concentración	Preocupación	
	Disminución de la habilidad para aprender	Rumiación	
	Disminución de la habilidad para solucionar problemas	Tendencia a culpar a otros	

Tabla 5: Diagnóstico Enfermero Ansiedad según taxonomía NANDA 2009-2011

A continuación, exponemos el diagnóstico enfermero ansiedad que hemos desarrollado en la presente investigación, dado la dificultad clínica para trabajar con un diagnóstico extenso. Por nuestra experiencia con el trabajo con las pacientes, entendemos que los componentes del diagnóstico que mostramos

seguidamente, se adaptan a la problemática de las pacientes del Centro de Salud Mental.

Diagnóstico Enfermero			
Etiqueta diagnóstica:	<i>Ansiedad</i>	Código diagnóstico:	00146
Dominio:	Afrontamiento/tolerancias al estrés	Clase:	Respuestas de afrontamiento
Factores relacionados (r/c)			
Cambio y/o amenaza en	Situación económica El entorno Los patrones de interacción	El estado de salud Función de rol	
Crisis de maduración		Conflicto inconsciente sobre los objetivos vitales esenciales	
Crisis situacionales		Necesidades no satisfechas	Estrés
Características definitorias (m/p)			
Conductuales	Disminución de la productividad Nerviosismo	Insomnio Agitación	
Fisiológicas	Tensión facial Temblores generalizados Temblores de manos	Aumento de la sudoración Aumento de la tensión Temblores	
Afectivas	Aprensión Angustia Distrés	Temor Irritabilidad Sentimientos de inadecuación	Incertidumbre Preocupación Sobresalto
Simpáticas	Anorexia Excitación cardiovascular Diarrea Sequedad bucal	Sofocaciones Palpitaciones Aumento del pulso Debilidad	Dificultades respiratorias Aumento de la respiración Movimientos espasmódicos
Parasimpáticas	Mareos Disminución de la presión arterial Disminución del pulso	Trastornos del sueño Hormigueos en la extremidades Frecuencia urinaria	Fatiga Nauseas Dolor abdominal

Cognitivas	Conciencia de los síntomas fisiológicos	Temor a consecuencias inespecíficas
	Dificultad para la concentración	Olvido
	Confusión	Deterioro de la atención
	Bloqueo del pensamiento	Disminución de la habilidad para solucionar problemas
	Disminución del campo perceptual	Rumiación

Tabla 6. Diagnóstico Enfermero Ansiedad según taxonomía NANDA 2009-2011 aplicado al estudio

3.9.3. Criterios de Resultado como base para evaluar la presente tesis

Teniendo presente lo anterior, para evaluar las intervenciones enfermeras en mujeres con diagnóstico enfermero *ansiedad*, creemos imprescindible dentro del marco del proceso de atención enfermera, abordar la investigación siguiendo los criterios de resultado NOC, los cuáles serán propuestos en el siguiente apartado.

De acuerdo con los resultados sugeridos en la cuarta parte de la NOC, por las características de las pacientes, la naturaleza del plan de cuidados y el objetivo general planteado, entendemos que los resultados que más se adecuan a nuestras intervenciones enfermeras para su posterior evaluación corresponden con:

- *Nivel de ansiedad*
- *Autocontrol de la ansiedad*
- *Conocimiento: conducta sanitaria:* aunque no aparece sugerido por la NOC, nos permite cumplir con el tercer objetivo del estudio, en consecuencia la paciente podría mejorar y adquirir conocimiento para un adecuado manejo de su enfermedad.

No hemos utilizado los criterios de resultado *afrontamiento de problemas*, *concentración* ni *nivel de hiperactividad* debido a que pueden ser resueltos e incluidos en los anteriores.

La evaluación de los cambios en el nivel de ansiedad tendrá lugar siguiendo el criterio de resultado *nivel de ansiedad (1211)*. Para conocer si la paciente controla y monitoriza la ansiedad, si refiere ausencia de manifestaciones físicas y de una conducta de ansiedad, haremos uso del criterio de resultado *autocontrol de ansiedad (1402)*.

Los indicadores del criterio de resultado *afrentamiento de problemas*, tales como *verbaliza sensación de control, utiliza estrategias de superación, busca información acreditada sobre el tratamiento, refiere disminución de los síntomas físicos de estrés, etc.*, podrán resolverse con los indicadores contenidos en *autocontrol de ansiedad*. Por tanto, el criterio no lo incluimos en el plan de cuidados, además de ser éste último más específico del estrés.

El criterio de resultado *concentración* aunque sugerido en la NOC y en las interrelaciones NANDA-NOC-NIC para el diagnóstico enfermero ansiedad no se ajusta con nuestras intervenciones por estar centrado en actividades específicas cognitivas tales como responde a las señales del lenguaje, dibuja un círculo, dibuja un triángulo, etc.

El criterio de resultado *nivel de hiperactividad* no mantiene relación directa con la patología de las mujeres incluidas en el estudio tanto por su edad (de uno a diecisiete años) como por su contenido (dificultad para organizar tareas, dificultad para escuchar, dificultad para jugar tranquilamente, descuidos frecuentes, dificultades para esperar turno, etc.), pudiendo ser recogidos y abordados algunos indicadores desde los criterios de resultado *nivel de ansiedad y autocontrol de la ansiedad*.

Dado que con el presente estudio, pretendíamos evaluar la utilidad de las intervenciones enfermeras en el entorno de cuidados de salud mental, en concreto en mujeres que presentan ansiedad se propusieron los siguientes criterios de resultado (anexos 10, 11 y 12) para evaluar dichas intervenciones:

Nivel de ansiedad (1211)

Definido como “gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable”. Pertenece al dominio *salud psicosocial (III)*, a la clase *bienestar psicosocial (M)*. La escala de medición utilizada varía desde grave hasta ninguno (n), con la siguiente correspondencia: 1-grave, 2-sustancial, 3-moderado, 4-leve, 5-ninguno y no aplicable (NA). Los indicadores elegidos para determinar la evolución del estado de la paciente, coincidiendo con las áreas problemáticas o patrones disfuncionales a través de la valoración, son :

- 121105 Inquietud
- 121106 Tensión muscular
- 121108 Irritabilidad
- 121115 Ataques de pánico
- 121117 Ansiedad verbalizada
- 121118 Preocupación exagerada por eventos vitales
- 121119 Aumento de la presión sanguínea
- 121120 Aumento de la velocidad del pulso
- 121121 Aumento de la frecuencia respiratoria
- 121112 Dificultades para la concentración
- 121123 Sudoración
- 121124 Vértigo
- 121129 Trastorno del sueño
- 121130 Cambio en las pautas intestinales
- 121131 Cambio en las pautas de alimentación

Tabla 7. Indicadores del criterio de resultado nivel de ansiedad

Autocontrol de la ansiedad (1402)

Definida como “acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada”. Pertenece al dominio *salud psicosocial (III)*, a la clase *autocontrol (O)*. La escala de medición utilizada discurre desde nunca demostrado hasta siempre demostrado (m), con la siguiente correspondencia: 1-nunca demostrado, 2-raramente demostrado, 3-a veces demostrado, 4-frecuentemente demostrado, 5-siempre demostrado y no aplicable (NA).

Coincidimos con las autoras del capítulo 6 de la Guía Manejo de Ansiedad en Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud, en el uso del criterio de resultado *autocontrol de ansiedad* que exponen en el plan de cuidados en pacientes con ansiedad ¹⁵³.

Los indicadores elegidos son:

- 140201 Monitoriza la intensidad de la ansiedad
- 140203 Disminuye los estímulos ambientales cuando está nerviosa
- 140204 Busca información para reducir la ansiedad
- 140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad
- 140208 Refiere disminución de la duración de los episodios
- 140210 Mantiene el desempeño del rol
- 140214 Refiere dormir de forma adecuada
- 140215 Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad
- 140216 Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad
- *140217 Controla la respuesta de ansiedad*

Tabla 8. Indicadores del criterio de resultado autocontrol ansiedad

Conocimiento: conducta sanitaria (1805)

Definido como *grado de comprensión transmitido sobre el fomento y la protección de la salud*. Pertenece al dominio *conocimiento y conducta de salud (IV)*, a la clase *conocimientos sobre salud (S)*. La escala de medición utilizada varía de ningún conocimiento hasta conocimiento extenso (u), con la siguiente correspondencia: 1-ningún conocimiento, 2-conocimiento escaso, 3-conocimiento moderado, 4-conocimiento sustancial, 5-conocimiento extenso y no aplicable (NA). Los indicadores elegidos son enumerados a continuación:

- 180501 Prácticas nutricionales saludables
- 180502 Beneficios de la actividad y el ejercicio
- 180503 Técnicas efectivas de control de estrés
- 180504 Patrones efectivos de dormir y despertar
- 180506 Efectos sobre la salud del consumo de alcohol
- 180509 Efectos de los fármacos de prescripción facultativa

Tabla 9. Indicadores del criterio de resultado conocimiento: conducta sanitaria

Todos los anteriores indicadores, pueden ser resueltos por el contenido educativo grupal que se ofrece a las pacientes en el contexto de las intervenciones enfermeras *educación sanitaria (5510)*, *enseñanza: grupo (5604)* y *grupo de apoyo (5430)*. Además, utilizaremos la intervenciones *disminución de la ansiedad (5820)*, *relajación muscular progresiva (1460)*, *terapia de relajación simple (6040)* para afrontar también los anteriores criterios de resultado enfermeros.

Los indicadores de los criterios de resultado se evalúan al comienzo de las intervenciones enfermeras en una primera cita en consulta de enfermería, donde tiene lugar la valoración de enfermería, exploración física, lectura y firma del consentimiento informado, además de la puntuación de los indicadores de los criterios de resultado enfermeros. Al finalizar las intervenciones de enfermería grupales, en una segunda cita en consulta de enfermería, se realiza de nuevo la

valoración enfermera, exploración física y evaluación de los indicadores de los criterios de resultado propuestos post-intervenciones.

Aunque la mayoría de las enfermeras consideran uno o dos indicadores útiles para juzgar la puntuación del paciente sobre la escala de resultado, atendiendo a la complejidad del fenómeno de ansiedad y de las características de las pacientes de Águilas, creemos preciso abarcar más indicadores. Como medida de los efectos de las intervenciones enfermeras en base a la evaluación del criterio de resultado, hemos dejado constancia de la posibilidad que nos brinda la escala, en el caso de que un indicador no fuera de utilidad o pertinente para alguna paciente. En tal caso, haríamos uso de otro punto de la escala de medida *nunca aplicable*.

Oreja Vázquez M. L. y Alegre de Vega C. proponen la aplicación de la metodología enfermera a propósito de un caso, hacen una exposición de como realizarían los cuidados enfermeros siguiendo metodología enfermera, sin embargo no utilizan indicadores para evaluar el progreso, unicamente plantean los cuidados de enfermería siguiendo las interrelaciones NANDA-NOC-NIC enmarcadas en los patrones funcionales de salud (PFS) de Marjory Gordon ¹⁶⁴.

Tejedor García M. J. y Etxabe Marceil M. P. elaboran una guía práctica de informes de enfermería en salud mental. En cada capítulo de la guía realizan una asociación entre los patrones funcionales de salud y los diagnósticos de enfermería más apropiados para cada PFS, al igual que con las NOC y las NIC. Al final del libro exponen las intervenciones de enfermería junto con el desarrollo de la misma con la pretensión de facilitar las altas de forma más rápida y fácil, además de ejemplos didácticos ¹⁶⁵.

La NOC representa un lenguaje complementario a la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) como veremos en el siguiente apartado, en el cuál especificaremos las NIC seleccionadas para llevar a cabo la presente tesis y evaluar la utilidad de las mismas desde el lenguaje enfermero.

Resulta comprensible, que la efectividad de las intervenciones de enfermería sea evaluada si las enfermeras están seguras de su utilidad y la de los resultados enfermeros en el marco de los cuidados de enfermería. El equipo de investigación de la NOC sigue alentando y planificando estudios para evaluar los resultados ¹⁹.

3.9.4. Intervenciones de Enfermería en el manejo de la ansiedad

En este apartado se presentan las intervenciones de enfermería que entendemos pueden considerarse adecuadas para abordar el proceso de salud-enfermedad de las mujeres objeto de estudio desde el punto de vista del fenómeno de la ansiedad como diagnóstico enfermero.

Disminución de la Ansiedad (5820)

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) define la intervención enfermera *Disminución de la Ansiedad (5820)* como “minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado”. Entre las actividades listadas, incluimos las siguientes:

Disminución de la Ansiedad (5820)
Utilizar un enfoque sereno que ofrezca seguridad.
Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente. Dejar constancia de los objetivos formulados.
Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. Incluir en la primera sesión del grupo de relajación para evitar abandono por posible miedo a dichas sensaciones.
Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante, utilizando un enfoque de confianza y respeto. Promover alianza enfermera-paciente y escucha activa.
Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico, si procede.
Reforzar el comportamiento, si procede mediante refuerzo positivo y lectura de las prácticas realizadas en su domicilio.
Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
Identificar los cambios en el nivel de ansiedad (registros de evaluación en cada sesión, observación, además de verbalización de la paciente y de los criterios de resultado <i>nivel de ansiedad</i> y autocontrol de ansiedad).
Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones (contenido educativo en primera parte de cada sesión de las intervenciones enfermeras grupales).
Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan su ansiedad (contenido educativo grupal).
Instruir a la paciente sobre la importancia del uso continuado de las técnicas de relajación.
Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

Tabla 10. Actividades de la intervención enfermera *disminución de la ansiedad (5820)*

Educación Sanitaria (5510)

La NIC la define como “desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de enseñanza que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades”. A continuación, exponemos las actividades enfermeras que utilizaremos para la intervención *educación sanitaria*:

Educación Sanitaria (5510)
Determinar el grupo de mujeres, que tras valoración enfermera y diagnóstico enfermero de ansiedad, puedan beneficiarse de la educación sanitaria en este área.
Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación en conductas sanitarias, al objeto de una adecuada adherencia a las intervenciones enfermeras previstas.
Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas de estilo de vida de las mujeres.
Formular objetivos del programa de educación sanitaria.
Considerar la accesibilidad, las preferencias de las pacientes.
Desarrollar materiales educativos escritos adecuados al nivel cultural de las pacientes.
Enseñar estrategias que puedan utilizarse para resistir y afrontar conductas insalubres o que entrañen riesgos.
Mantener una presentación centrada, corta y que comience y termine con el tema principal.
Utilizar presentaciones de grupo para proporcionar apoyo y cohesión grupal.
Utilizar debates de grupo y juego de roles para influir en las creencias, actitudes y valores que existen sobre la salud.
Utilizar instrucción apoyada por ordenador, videos y documentales para proporcionar información acerca de la ansiedad y sus consecuencias.
Implicar a las mujeres en la planificación e implementación de los planes destinados a promover conductas de estilo de vida más saludables y modificar conductas de estilo de vida insalubres, en grupo.
Determinar el apoyo de la familia y comunidad a conductas que induzcan la salud.

Tabla 11. Actividades de la intervención enfermera educación sanitaria (5510)

Enseñanza Grupo (5604)

Definida por la NIC como “desarrollo, puesta en práctica y evaluación de un programa de educación para un grupo de personas que experimentan el mismo estado de salud”.

A continuación, exponemos las actividades que implementaremos en beneficio de las pacientes:

Enseñanza Grupo (5604)
Proporcionar un entorno que favorezca el aprendizaje.
Establecer el presupuesto, recursos materiales y humanos.
Hacer una lista de las estrategias de enseñanza, los materiales educativos y las actividades de aprendizaje.
Proporcionar un programa escrito, que incluye fechas, horas y lugares de las sesiones para las pacientes, con los objetivos de aprendizajes y los materiales educativos disponibles (en la primera sesión se facilita a cada paciente un documento con fechas, horas y lugar de las sesiones).
Determinar los días/horas adecuadas para conseguir el máximo número de pacientes.
Adaptar los métodos/materiales educativos a las necesidades/características de enseñanza del grupo, si procede.
Evaluar el progreso del paciente en el programa y el dominio del contenido (en cada sesión se tomarán notas de evolución de cada paciente, si procede).
Registrar el progreso del paciente en el anexo de derivación al grupo de relajación y en su historia clínica.
Establecer las formas de evaluación de las intervenciones por parte del paciente (registros de evaluación de cada sesión).
Disponer una instrucción individual adicional, si procede.
Evaluar el grado de consecución de objetivos de los cuidados pautados.

Tabla 12. Actividades de la intervención enfermera enseñanza grupo (5604)

Relajación Muscular Progresiva (1460)

La relajación Muscular Progresiva, intervención enfermera clasificada en la NIC se define como “facilitar la tensión y relajación de los grupos de músculos sucesivos mientras se atiende a las diferencias de sensibilidad resultantes”.

Elegimos las siguientes actividades enfermeras:

Relajación Muscular Progresiva (1460)
Elegir un ambiente tranquilo y cómodo. Disminuir la iluminación (bajamos las persianas y apagamos la luz artificial). Tomar precauciones para evitar interrupciones (cartel de aviso en la puerta de la sala).
Sentar a las pacientes en sillas en posición cómoda y en la postura de relajación con los brazos apoyados en los muslos y las piernas en el suelo.
Indicar a las pacientes que deben llevar prendas cómodas, no restrictivas.
Observar si hay lesiones ortopédicas de cuello o espalda a las que la hiperextensión de la columna superior añadiría molestias y complicaciones (valoración de enfermería inicial).
Enseñar al paciente ejercicios de relajación de la mandíbula y resto de grupos musculares corporales (se facilitará con un documento que refleja la distribución de los grupos musculares corporales).
Hacer que el paciente tense, durante 5-10 segundos, cada uno de los 8-16 grupos musculares principales. Tensar los músculos de los pies no más de 5 segundos para evitar calambres.
Indicar a las pacientes que se centren en las sensaciones de los músculos mientras están tensos y presten la atención en la tensión ejercida voluntariamente en la musculatura de la zona que se está trabajando.
Indicar a las pacientes que se centren en las sensaciones de los músculos mientras están relajados, de tal forma que puedan reparar en la diferencia entre la tensión y la relajación consciente y voluntaria.
Realizar la comprobación periódica con el paciente para asegurarse de que el grupo de músculos está relajado.
Hacer que el paciente tense el grupo muscular otra vez, si no se experimenta la relajación.
Observar si hay indicios de no relajación, como movimientos, respiración intranquila, tics, hablar y tos.
Indicar a la paciente que respire profundamente y expulse lentamente el aire y con ello la tensión, vinculándolo a la palabra "calma" o "relax" haciendo consciente el acto de respirar.
Desarrollar una "conversión" o "patrón" de relajación personal que ayude a la paciente a centrarse y sentirse cómoda.
Terminar la sesión de relajación de forma gradual, desperezándose lentamente y abriendo los ojos lentamente ubicándose en la sala de grupos.
Dar tiempo para que la paciente exprese sus sentimientos acerca de la intervención, para ello se le pregunta al finalizar la sesión de relajación para valorar posibles limitaciones y mejoras.
Animar a las pacientes a que practiquen entre las sesiones de forma regular, con un máximo de 3 veces al día y un mínimo de 1 vez diaria, en el momento del día más apropiado en función de sus circunstancias personales.

Tabla 13. Actividades de la intervención enfermera relajación muscular progresiva (1460)

Terapia de Relajación Simple (6040)

Terapia de Relajación Simple corresponde a una intervención de la NIC definida como "uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto

de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad”.

Las actividades que llevaremos a cabo son las siguientes:

Terapia de Relajación Simple (6040)
Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (contenido educativo).
Detectar un nivel de energía actual disminuido, incapacidad para concentrarse u otros síntomas concurrentes que pueden interferir en la capacidad cognitiva para centrarse en la técnica de relajación (en sus antecedentes de salud-enfermedad en la exploración del patrón <i>mantenimiento de la salud</i> y no encontraremos historia de patología orgánica).
Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado (en valoración de enfermería en el patrón adaptación-tolerancia al estrés).
Considerar la voluntad y capacidad de la paciente para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada (a través de la valoración de enfermería inicial y en los datos de su historia clínica).
Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación.
Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible.
Aconsejar a la paciente adoptar una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados.
Individualizar el contenido de la intervención de relajación (solicitando sugerencias de cambios y adaptado al nivel cultural de las pacientes). Cada sesión es única, no se hará uso de grabaciones guiadas de relajación.
Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz, colores. Hacer uso al comienzo de la siguiente frase “me doy permiso para relajarme...”.
Invitar a la paciente que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente, no lucha contra los pensamientos negativos, dejándolos fluir y centrándose en la palabra “calma” o “relax” al final de la exhalación.
Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente.
Mostrar y practicar la técnica de relajación con la paciente.
Proporcionar información escrita acerca de la preparación y compromiso con las técnicas de relajación. Pasar consentimiento informado en la primera cita.
Fomentar la repetición o práctica frecuente de las técnicas de relajación, consiguiendo su compromiso para la práctica diaria.
Evaluar regularmente el informe de relajación conseguida del individuo, y comprobar periódicamente la tensión muscular, frecuencia cardíaca, presión sanguínea y temperatura de la piel, si procede.
Grabar una cinta sobre la técnica de relajación para uso de la persona, según proceda. Ofrecer la grabación en la última consulta de enfermería.
Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación, al finalizar las intervenciones enfermeras.

Tabla 14. Actividades de la intervención enfermera terapia de relajación simple (6040)

Terapia de Grupo (5450)

Terapia de Grupo intervención enfermera definida como “aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo, incluyendo la utilización de interacciones entre los miembros del grupo”. Utilizamos las siguientes actividades:

Terapia de Grupo (5450)
Determinar el propósito del grupo y la naturaleza del proceso grupal.
Formar un grupo de tamaño óptimo: de 5 a 12 miembros.
Elegir los miembros del grupo que estén dispuestos a participar activamente y hacerse responsables de sus propios problemas (a través de la valoración enfermera inicial y aceptación del consentimiento informado).
Determinar si el nivel de motivación es lo suficientemente alto como para beneficiarse de la terapia grupal (a través de la valoración enfermera inicial y aceptación del consentimiento informado).
Disponer de una sesión individual para cada nueva participante del grupo antes de la primera sesión grupal.
Utilizar un colíder, si procede.
Tratar la cuestión de la asistencia obligatoria, la confidencialidad, desconexión de aparatos electrónicos y respeto al discurso del resto de mujeres que se benefician de los cuidados de enfermería.
Establecer la hora y lugar de las sesiones del grupo.
Reunirse en las sesiones de 1 a 2 horas, si resulta oportuno.
Comenzar y terminar a la hora y esperar que las participantes permanezcan hasta la conclusión.
Disponer las sillas en círculo, cerca una de otras.
Llevar al grupo a la etapa de trabajo lo más rápidamente posible.
Ayudar al grupo a establecer normas terapéuticas.
Ayudar al grupo a trabajar la resistencia a los cambios.
Dar al grupo un sentido de dirección que le posibilite identificar y resolver cada paso del desarrollo.
Utilizar la técnica de "activación de aquí y ahora" trasladando el foco de genérico a personal, de abstracto a concreto.
Proporcionar refuerzo social (verbal y no verbal) para conseguir las conductas/patronos de respuesta deseados.
Animar a los miembros a compartir cosas que tengan en común unas con otras.
Animar a los miembros a que compartan su ira, tristeza, humor, falta de confianza y otros sentimientos emergentes.
Confrontar las conductas que amenacen la cohesión del grupo (cansancio, ausencias, socialización extragrupal, etc.).
Utilizar juego de roles y de resolución de problemas, si procede.
Concluir la sesión con un resumen de los debates, contenido educativo programado e invitarlas a ponerlo en práctica.

Tabla 15. Actividades de la intervención enfermera terapia de grupo (5450)

Grupo de Apoyo (5430)

La intervención enfermera *Grupo de Apoyo* definida por la NIC como “uso de un ambiente grupal para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros” contiene las siguientes actividades:

Grupo de apoyo (5430)
Determinar el objetivo del grupo y la naturaleza del proceso grupal.
Crear una atmósfera relajada y de aceptación.
Clarificar desde el principio las metas del grupo y las responsabilidades de sus miembros.
Utilizar un acuerdo por escrito declarado en el consentimiento informado.
Elegir los miembros que puedan contribuir y beneficiarse de la interacción del grupo.
Formar un grupo de tamaño óptimo: de 5 a 12 pacientes.
Tratar la cuestión de la asistencia obligatoria en las normas de funcionamiento del grupo.
Establecer una hora y lugar para las reuniones grupales.
Reunirse en sesiones de 1 a 2 horas, si procede.
Comenzar y terminar a la hora, y esperar que las participantes permanezcan hasta la conclusión de las sesiones.
Disponer sillas en un círculo, cerca unas de las otras.
Programar un número limitado de sesiones (normalmente de 6 a 12), en las que se cumplirá el trabajo del grupo.
Fomentar la expresión de ayudas mutuas.
Subrayar la responsabilidad y control personales.
Identificar los temas que se produzcan en los debates del grupo.
Ayudar al grupo a progresar en las etapas de desarrollo grupal: desde la orientación pasando por la cohesión hasta la conclusión.
Atender a las necesidades del grupo como un todo, así como las necesidades de los miembros individuales.

Tabla 16. Actividades de la intervención enfermera grupo de apoyo (5430)

Las intervenciones enfermeras en el diagnóstico *ansiedad* implica determinar actividades específicas para conseguir los resultados seleccionados en las pacientes. Atendiendo a la planificación de los cuidados, hemos querido seleccionar las intervenciones enfermeras que entendemos adecuadas y vinculadas a nuestro juicio clínico en la consecución de los objetivos planteados.

Así mismo, a continuación señalamos el diseño de las intervenciones que explicita la relajación como base de los cuidados en el campo de la ansiedad.

3.9.5. Diseño de las intervenciones enfermeras terapia de relajación simple y relajación muscular progresiva como eje de los cuidados enfermeros en el área de la ansiedad

En este apartado, pretendemos explicar el tipo de intervenciones y el modo en el que se llevarán a cabo, con el fin de abordar el problema de ansiedad en las mujeres participantes en el estudio.

Resulta imposible toda labor adecuada sin una cierta comprensión y grado de plasticidad por parte de la persona. La utilización con éxito del entrenamiento en relajación, como parte de las intervenciones enfermeras propuestas en la tesis, está vinculado al hecho de que la paciente comprenda el sentido que tiene para ella las intervenciones grupales y se encuentre motivada y acepte recibirlas. La paciente debe saber cómo y para qué va a emprender los ejercicios, aclarando el fundamento y el sentido del aprendizaje objeto de la primera sesión, como aspecto que creemos necesarios en la consecución de los resultados esperados.

Las pacientes fueron reclutadas mediante la realización de dos llamadas por cada participante, con la finalidad de asegurarnos la recepción de la llamada y hasta completar un máximo de 8 a 12 en el grupo.

En la bibliografía consultada para conocer adecuadamente el estado de la cuestión acerca de nuestro objeto de estudio, hemos podido comprobar que los diferentes investigadores, han ido conformando los grupos y los participantes atendiendo a los criterios del estudio y características personales, lugar, tipo de pacientes, sesión de los talleres, etc.

Así, algunos autores tales que Casañas, Raya, Ibáñez y Valls ¹⁷, entre otros, aconsejan que el número de componentes del grupo esté constituido de 7 a 12 pacientes y en el de Ocio Aracama por 7-9 sujetos ¹⁰¹. De otra parte, según la experiencia de Hales et al ⁸⁸, el tamaño óptimo de un grupo debe oscilar entre un mínimo de 4-5 personas y un máximo de 12, afirmando que los grupos de 6-8

personas son los que ofrecen más oportunidades para el intercambio verbal entre los pacientes. Para Suinn, el tamaño adecuado de un grupo de entrenamiento en el manejo de la ansiedad es aquel en el que el terapeuta puede otorgar la máxima atención y que rara vez abarcará las 10 personas ^{166,167}.

Cabe también mencionar, que entre las actividades de las intervenciones enfermeras *terapia de grupo (5450)* y *grupo de apoyo (5430)*, se muestra que el tamaño óptimo de un grupo oscila entre 5-12 personas ²⁰.

De este modo, y en acorde con nuestra experiencia con grupos de relajación como profesionales de salud mental, entendemos que resulta adecuado para llevar a cabo esta investigación, conformar el grupo a estudio en un total de 12 mujeres que presentan diagnóstico enfermero *ansiedad* según taxonomía NANDA.

Una vez conformado el grupo, se cumplimenta el documento de derivación al mismo (anexo 2), tras la citación de las pacientes. En la primera sesión tuvo lugar la presentación de las pacientes y de la enfermera de salud mental que llevará a cabo las intervenciones grupales. A continuación, se realizó la justificación de la asistencia y esto implica conceptualizar su problema en términos apropiados que cohesionen el grupo, proporcionar información básica acerca de cómo se procederá durante el desarrollo del mismo, que más adelante explicamos con detalle.

Atentos a la experiencia de grupos pasados en nuestro quehacer diario, los pacientes se citaban de modo individual para reunir información acerca de la respuesta humana de las pacientes y su aceptación activa. Esto es así, atendiendo a las investigaciones de Sapir et al. ⁶⁸, que nos aporta el conocimiento de que la aceptación pasiva por parte de los participantes, sin responder a un verdadero deseo de mejorar su estado de salud, hacen que el grupo se desarrolle de manera poco satisfactoria. Es de este modo, que esta cuestión se tuvo en cuenta para la realización del grupo.

En la primera sesión, se les informó acerca de la sala de relajación, el sillón y el atuendo. Se le explicó las condiciones que habría de tener el lugar de práctica en su casa. Siendo en un ambiente físico o lugar tranquilo, libre de ruidos extraños e interrupciones, con un nivel de temperatura agradable y luz tenue. El entrenamiento puede realizarse estando la persona sentada en una silla normal, en un sillón reclinable. En cuanto al atuendo se les recomendó que la ropa fuese cómoda sin prendas que aprieten o dificulten la circulación como cinturones, cordones de zapatos, etc. La postura corporal debe facilitar el establecimiento de un estado pasivo donde se eviten en la medida de lo posible las tensiones puramente mecánicas. Por otro lado, el tono de la voz será suave, tranquila y monótona para así facilitar la inducción de la relajación ^{40,85,76}. Se procura seguir las recomendaciones en la adecuación del ambiente, antes mencionadas. La postura corporal debe facilitar el establecimiento de un estado pasivo donde se eviten lo más posible las tensiones corporales.

En referencia a la postura corporal no es posible utilizar un sillón de orejeros o colchonetas como indica la literatura por no disponer de ese recurso en el Centro y la segunda opción no se utilizará por favorecer el sueño que no la práctica de relajación. Como medida correctora los pacientes seguirán la postura de Gierlich (el codo adoptando un ángulo de 120 o 130 grados) evitando así que los brazos cuelguen rectos y la tensión añadida que pudiera ejercerse en la musculatura flexora de los mismos. Tras adoptar la postura corporal adecuada, se invita a la paciente a que cierre los ojos, a fin de aminorar el efecto de los estímulos ópticos ^{73,20}.

El ambiente estará preparado para la actividad que se desarrollará, con especial interés en el aspecto de la iluminación. El grado de intensidad de la luz irá regulándose en función del tipo de actividades que se planteen. En la parte de presentación y exposición educativa (primera parte de cada sesión) la sala deberá estar perfectamente iluminada. Cuando se realicen los ejercicios específicos de relajación la luz se dispondrá tenue ⁸¹.

A continuación cuando la paciente se encuentre en una postura adecuada, con los párpados cerrados y dispuesta a realizar la técnica, se le invita a ajustarse a un determinado estado de ánimo, repitiéndose para ello interiormente las palabras “estoy muy tranquila”, “me voy a permitir estos minutos de relajación...voy a intentar desconectar, descansar...” concentrándose sobre ellas. De tal modo, las pacientes puedan desarrollar una “conversación” de relajación personal que les ayude a centrarse y sentirse cómodas ²⁰.

La intervención objeto de estudio se fundamenta en la aplicación y evaluación de las intervenciones de enfermería en mujeres con diagnóstico enfermero *ansiedad* que consta de ocho sesiones semanales grupales, apoyándonos en los estudios de Jacobson, Shultz y Benson, entre otros tal y como vimos en el marco teórico. Hacemos uso de la relajación progresiva, el entrenamiento autógeno, entrenamiento en respiración-meditación, apoyándonos concretamente en frases elaboradas por los autores con el fin de inducir en la paciente estados de relajación a través de sugerencias de calor, peso, frescor, etc., y la concentración en la respiración.

La metodología será participativa y con apoyo de material audiovisual. Cada sesión dura una hora, excepto la primera sesión que tuvo una duración de hora y media. Las sesiones se dividen en dos partes, una primera que incorpora el contenido educativo de 20 minutos de duración y una segunda donde se realiza la parte práctica de intervenciones de disminución de la ansiedad disponiendo de 25 minutos. Utilizando 5 minutos de entrada y 10 minutos para la el cierre de la sesión y cumplimentación del registro de evaluación de la sesión correspondiente. Es a partir de la segunda sesión y hasta la octava donde tiene lugar el entrenamiento de relajación propiamente dicho. Para el control de la asistencia a las sesiones se utilizó un documento de asistencia (anexo 5).

La evaluación y seguimiento de las sesiones se realizó de la siguiente manera: tras aceptar su inclusión en el grupo en una primera sesión individual donde a través de la valoración enfermera constatamos que se trata del

diagnóstico enfermero *ansiedad*, nos presentamos y se explican los objetivos, fundamento, beneficios y utilidad de las intervenciones acentuando su papel activo a través de registros intersesiones. Además como ya vimos, se le ofrece y explica el consentimiento informado para su su aceptación y firma si acepta recibir las intervenciones. A continuación, se procede a la puntuación de los resultados de enfermería NOC, que se repetirán tras finalizar las intervenciones grupales propuestas.

Los pacientes practican los ejercicios de relajación en su domicilio en un registro intersesiones, anotando el grado de relajación alcanzado (anexo 6) y en cada sesión realizan un registro de evaluación (anexo 7).

En la última sesión se ofrece la oportunidad de recibir una grabación del entrenamiento, a modo de recordatorio.

El contenido y descripción de cada sesión anteriormente citada, se muestra detallado en el anexo 8.

CAPÍTULO VI

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

Capítulo VI: DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

A lo largo de este capítulo, crucial en la investigación, se presentan los resultados obtenidos siguiendo las variables medidas durante la fase empírica del estudio.

Con el fin de aportar claridad y mejor comprensión en la exposición, hemos ordenado y agrupado la secuencia de descripción y análisis de los resultados de la investigación en función de las variables de estudio y de los Patrones Funcionales de Salud (PFS) de la valoración de enfermería, como instrumento y elemento esencial del proceso de atención enfermero.

Se desglosan los resultados de la investigación en los siguientes epígrafes:

- 1) Parámetros físicos.
- 2) Perfil sociodemográfico.
- 3) PFS de M. Gordon.
- 4) Criterios de resultado enfermeros (NOC).

Con la intención de mostrar la totalidad de la información, desarrollaremos los PFS vinculados a las pacientes del estudio, presentando algunas transcripciones extraídas del discurso de las pacientes en el momento de la valoración de enfermería antes y al finalizar las intervenciones enfermeras propuestas, para una mejor comprensión del fenómeno.

Es nuestra pretensión medir las respuesta humana de las pacientes a un proceso de ansiedad desde el marco de las intervenciones de enfermería propuestas en este área. Así, como sujeto ubicado en el estudio en interacción con las pacientes, aportamos y hacemos uso de las observaciones de enfermería y notas de campo recogidas durante el desarrollo e implementación de las intervenciones enfermeras.

Atendiendo a la muestra, se realiza un análisis estadístico no paramétrico utilizando la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon, cuya tabla mostramos en los epígrafes “parámetros físicos” y “criterios de resultado enfermero”.

Si bien el objetivo central de nuestro estudio es medir las intervenciones enfermeras a partir de los criterios de resultado enfermeros, también hemos querido medir los cambios existentes en los parámetros físicos valorados en patrón 1 cuya tabla presentamos en el siguiente apartado.

1. Parámetros físicos y su análisis estadístico

De acuerdo con el plan de trabajo en los cuidados a mujeres con ansiedad en el seno del planteamiento de la investigación, nos hemos apoyado en la valoración de enfermería, como primera fase del proceso de enfermería e instrumento de recogida de datos. Entendemos que recoger datos relativos a parámetros físicos de las pacientes del estudio enmarcados en el patrón *mantenimiento de la salud* nos aporta datos objetivos de interés, atendiendo a las investigaciones que confirman la relación existente entre la ansiedad y los cambios en los parámetros físicos. Tal y como indicábamos en el capítulo I, cuando la ansiedad no es adaptativa y el nivel de activación y su duración son desproporcionados con respecto a la situación objetiva, se habla de ansiedad patológica; provocando malestar significativo con síntomas que afectan no solo al plano psicológico y conductual sino también al físico. Por tanto, el control y seguimiento de algunos parámetros físicos incluidos en el Patrón 1 nos facilita la orientación del estado de salud de la paciente con información objetiva útil para el conocimiento de la afectación del plano físico de la paciente, sus consecuencias y cambios.

Aivazyan et al. encontraron, tras la implementación de varias técnicas de relajación en pacientes con hipertensión leve una reducción de las cifras de tensión arterial sistólica y diastólica con una mejoría en la respuesta al estrés emocional ⁹⁶. En este sentido, el estudio de Cabello Lázaro, Burgada Mir, Aparicio Valero, Mas y Vila Domènech también nos ofrece medidas físicas que

apoyan la mejoría de las pacientes que han recibido las intervenciones para el manejo de la ansiedad ¹⁰⁹.

El patrón *percepción-mantenimiento de la salud* recoge entre otras cuestiones, el examen físico del paciente. Al comienzo y al finalizar las intervenciones grupales de enfermería valoramos en cada paciente las siguientes parámetros físicos: a) tensión arterial, b) frecuencia cardíaca, c) frecuencia respiratoria y d) glucemia capilar.

Nos ocupamos de los parámetros físicos del patrón percepción y mantenimiento de la salud de cada una de las pacientes del estudio antes y después de un periodo de tiempo, durante el cuál tiene lugar la implementación de las intervenciones enfermeras del plan de cuidados previsto. Tomamos como referencia los resultados de las constantes vitales antes y al finalizar las intervenciones de enfermería que mostramos en la siguiente tabla.

ID	TA (mmhg)		FC (lpm)		FR (rpm)		Glucemia (mg/dl)	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
1	150/80	140/80	72	75	19	12	133	126
2	150/95	110/80	62	68	24	16	90	99
3	100/70	100/70	65	72	16	16	110	91
4	110/60	100/70	80	76	16	18	103	107
5	120/80	110/80	80	72	18	16	91	90
6	120/80	120/70	60	72	13	14	136	116
7	140/80	130/80	72	70	16	15	94	96
8	120/80	110/70	68	68	16	18	95	105
9	100/70	100/50	65	60	18	19	119	95
10	120/80	120/80	74	74	15	12	88	83
11	90/50	100/50	63	64	15	16	111	125
12	100/80	110/60	80	80	18	17	99	107

Tabla 17. Parámetros físicos medidos antes y al finalizar las intervenciones enfermeras

Como decíamos antes, el propósito del estudio se centra en la evaluación de las intervenciones enfermeras apoyándonos en criterios de resultado enfermero. Sin embargo, hemos querido medir los cambios existentes en los parámetros físicos cuya tabla de análisis estadístico presentamos a continuación.

Parámetros físicos	Media pre	Desviación típica pre	Media post	Desviación post	Mediana pre	Mediana post	Z _w	p (0-1)
T.A.S. (mmhg)	118,33	19,92	111,67	13,37	120	110	-1,508	0,013
T.A.D (mmhg)	75,42	11,57	69,17	10,83	80	70	-1,807	0,071
F.C. (lpm)	70,08	7,32	70,67	5,63	70	72	-0,17	0,85
F.R. (rpm)	17	2,76	15,75	2,22	16	16	-0,90	0,36
Glucemia (mg/dl)	105,75	16,42	104,25	13,73	101	106	-0,196	0,84

Tabla 18. Análisis estadístico de parámetros físicos

A continuación exponemos los datos que se desprenden del análisis estadístico de los parámetros físicos recogidos en la tabla 18.

La Tensión Arterial Sistólica (TAS) de las pacientes antes de las intervenciones presentaba una media de 118.33, una desviación típica de 19.92 y una mediana de 120. Tras las intervenciones enfermeras, la TAS muestra una media de 111.67, una desviación típica de 13.37 y una mediana de 110. La Z de Wilcoxon se corresponde con el valor -1.508 y una p igual a 0.013.

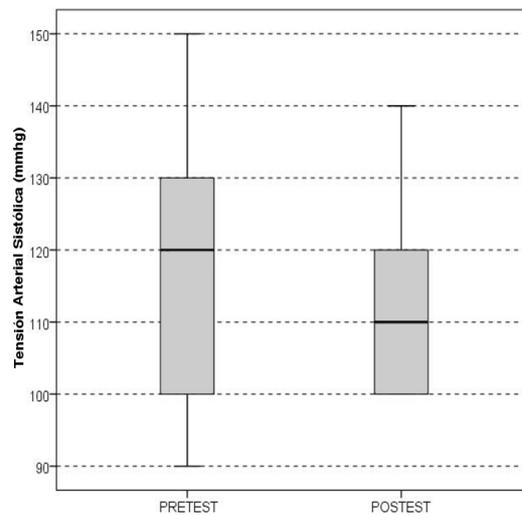


Gráfico 1: Comparación de la TAS (mmhg) de las pacientes del estudio antes y después de las intervenciones enfermeras

Atendiendo al dato de la Tensión Arterial Diastólica (TAD) nos indica una media, desviación típica y mediana antes de las intervenciones enfermeras de 75.42, 11.57 y 80 respectivamente. Después de las intervenciones, la TAD muestra una media, desviación típica y mediana de 69.17, 10.83 y 70 respectivamente. La Z de Wilcoxon se corresponde con el valor -1.807 y una p igual a 0.071.

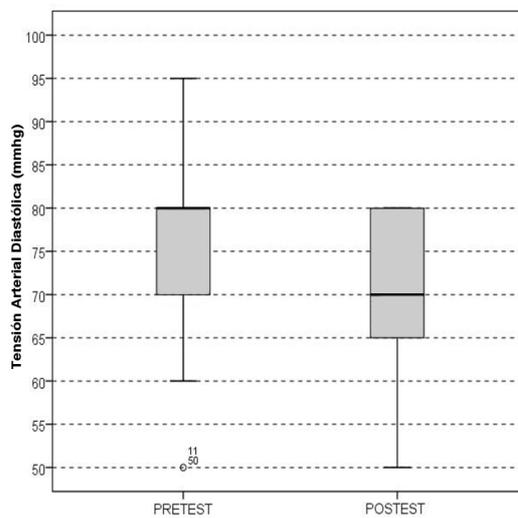


Gráfico 2: Comparación de la TAD (mmHg) de las pacientes del estudio antes y después de las intervenciones enfermeras

Antes de las intervenciones, la Frecuencia Cardíaca (FC) muestra una media de 70.08, una desviación típica de 7.32 y una mediana de 70. Tras las intervenciones los datos arrojan una media de 70.67, una desviación típica de 5.63 y una mediana de 72. La Z de Wilcoxon se corresponde con el valor - 0.17 y una p igual a 0.85.

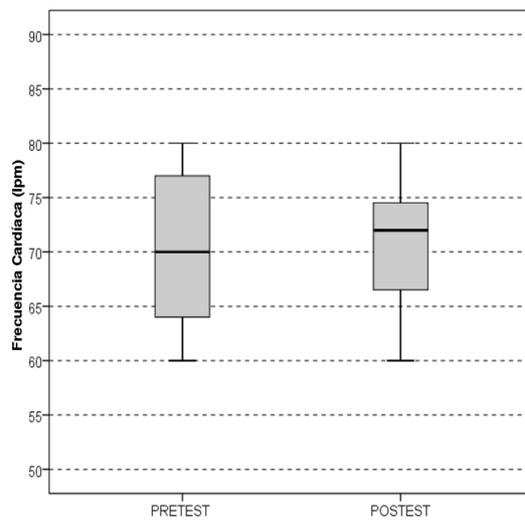


Gráfico 3: Comparación de la FC (lpm) de las pacientes del estudio antes y después de las intervenciones enfermeras

En cuanto a la Frecuencia Respiratoria (FR) presenta una media, desviación típica y mediana de 17, 2.76 y 16 respectivamente. Después de que las pacientes reciban las intervenciones enfermeras, la FR muestra una media, desviación típica y mediana de 15.75, 2.22 y 16. La Z de Wilcoxon se corresponde con el valor -0.90 y una p igual a 0,36.

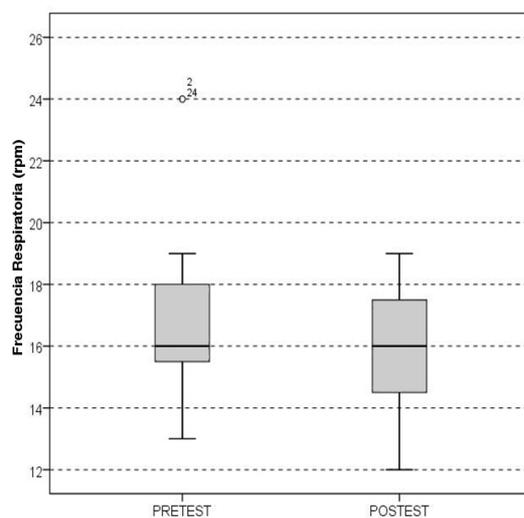


Gráfico 4: Comparación de la FR (rpm) de las pacientes del estudio antes y después de las intervenciones enfermeras

La glucemia medida antes de la provisión de las intervenciones enfermeras, presenta una media de 105.75, una desviación típica de 16.43 y una mediana de 101. Después de las intervenciones, la glucemia muestra una media de 104.25, una desviación típica de 13.73 y una mediana de 106. La Z de Wilcoxon se corresponde con el valor -0.196 y una p igual a 0.84.

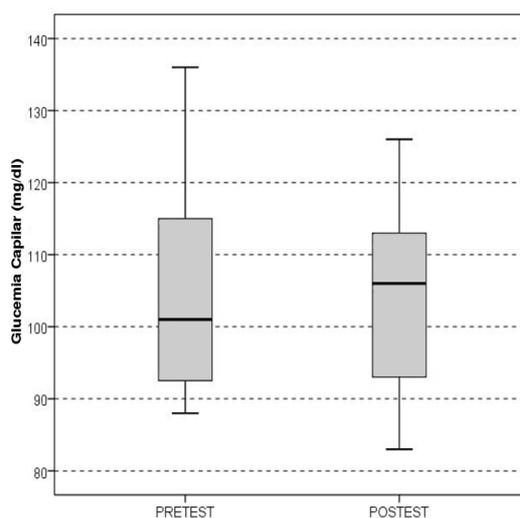


Gráfico 5: Comparación de la glucemia (mg/dl) de las pacientes del estudio antes y después de las intervenciones enfermeras

Atendiendo al análisis estadístico de los datos de parámetros físicos, anteriormente descritos, no encontramos diferencias significativas, hecho esperable atendiendo al tamaño muestral. Si bien, nos resulta de interés matizar, que estos datos objetivos a nivel físico son de interés clínico en el seguimiento de estas mujeres, dado que podemos observar que clínicamente no han empeorado e incluso algunas pacientes han mejorado y/o normalizado puntualmente algunos parámetros.

Aunque entendemos los resultados del análisis estadístico una limitación con la que contábamos, consecuencia en parte atribuida al tamaño muestral; así mismo nos aporta datos objetivos a nivel físico de interés clínico en el seguimiento de las pacientes.

2. Perfil sociodemográfico

Atendiendo al diseño metodológico, conocer el perfil sociodemográfico de las mujeres que reciben los cuidados de enfermería centrados en el diagnóstico *ansiedad* es uno de nuestros objetivos específicos. Para ello, nos planteamos explorar la edad, el estado civil, el nivel educativo, la situación laboral y convivencia como variables demográficas a fin de conocer la influencia de estos factores en nuestro estudio y su correspondencia en otros. En la siguiente tabla, mostramos las variables sociodemográficas de la muestra de estudio.

Variables Sociodemográficas						
ID	Fecha Nacimiento	Edad (años)	Estado Civil	Nivel Educativo	Situación Laboral	Convivencia
1	17/06/1961	52	Casada	Sin estudios	Activo	Familia Propia
2	04/01/1975	38	Casada	Primarios	Activo	Familia Propia
3	02/03/1965	48	Casada	Sin estudios	Desempleada	Familia Propia
4	23/01/1987	26	Casada	Sin estudios	Desempleada	Familia Propia
5	29/08/1989	24	Casada	Primarios	Incapacidad Laboral	Familia Propia
6	16/09/1975	37	Casada	Primarios	Incapacidad Laboral	Familia Propia
7	20/07/1948	64	Casada	Primarios	Pensionista	Familia Propia
8	15/10/1958	54	Casada	Primarios	Pensionista	Familia Propia
9	29/11/1982	30	Casada	Primarios	Activo	Familia Propia
10	04/01/1975	38	Casada	Primarios	Labores domésticas	Familia Propia
11	13/01/1989	24	Soltera	Primarios	Activo	Familia Propia
12	09/11/1983	29	Soltera	Secundarios	Desempleada	Familia Origen

Tabla 19. Variables sociodemográficas

A continuación nos detenemos en la descripción de las variables sociodemográficas de las pacientes, atendiendo a la edad, estado civil, nivel educativo, situación laboral y convivencia. El tipo de análisis de los datos ha sido descriptivo obteniéndose las frecuencia absoluta y relativa de las variables, además de los estadísticos de tendencia central.

La edad de las pacientes está comprendida en el rango de 23 a 64 años. La edad media es de 38,50 años con una desviación típica de 13,17 tal y como mostramos en la siguiente tabla. La edad media de las mujeres del estudio se

aproxima a la identificada en el estudio de Isabel Montero et al. en el que los autores señalan que a partir de una mediana edad las mujeres presentan mayor tendencia a padecer cuadros afectivos y ansiosos, así como en la de otros estudios donde la edad media no supera los 42 años de edad ^{60,109}.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Edad	12	23	64	38.50	13.174

Tabla 20. Análisis descriptivo de edad

Según el estado civil, un 83,3% presenta la condición de casada y un 16,7% de soltera. En este sentido, cabe destacar la observación apuntada por Montero et al. en referencia al incremento de morbilidad psiquiátrica en mujeres casadas de mediana edad en comparación con las solteras ⁶⁰.

Atendiendo al nivel educativo de la muestra de estudio, el 25% no obtuvo certificación de estudios, el 66,7% cursó estudios primarios y el 8,3% ha cursado estudios secundarios. En nuestro estudio, nos encontramos con que más de la mitad de la muestra obtuvo estudios primarios. Este hallazgo aparece en consonancia con otros estudios, como el de Soriano González que utiliza también las técnicas de relajación en pacientes con ansiedad ¹⁰⁵. En acuerdo con el trabajo de Tierno Reina M et al., el bajo nivel educativo conllevó alguna dificultad ¹⁵². En el caso que nos ocupa, tal dificultad estuvo relacionada con el entendimiento del contenido educativo. Así mismo, se intentó solventar adaptándolo a su lenguaje cotidiano, remarcando determinados conceptos y haciendo uso de ejemplos propios y de las propias pacientes.

Estado civil				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Soltera	2	16.7	16.7	16.7
Casada	10	83.3	83.3	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Tabla 21. Distribución de la muestra por estado civil

Nivel Educativo				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin estudios	3	25.0	25.0	25.0
Estudios primarios	8	66.7	66.7	91.7
Estudios secundarios	1	8.3	8.3	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Tabla 22. Distribución de la muestra por nivel educativo

Si nos detenemos en la situación laboral, encontramos un 33% de pacientes en situación de actividad laboral, un 25% presentan la condición de desempleadas, un 8,3% realizan labores domésticas y un 16,7% en incapacidad temporal laboral. Conviene destacar la incorporación al trabajo de una paciente de la muestra que tuvo lugar durante el desarrollo de los cuidados enfermeros y la motivación verbalizada de búsqueda activa laboral en otra paciente. Además, una paciente en activo laboral señaló la necesidad de ayuda para derivar determinadas tareas y así manejar su sobrecarga laboral.

Situación laboral			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Activa	4	33.3	33.3
Desempleada	3	25.0	25.0
Labores domésticas	1	8.3	8.3
Incapacidad temporal laboral	2	16.7	16.7
Pensionista / Jubilada	2	16,7	16,7
Total	12	100	100

Tabla 23. Distribución de la muestra por situación laboral

En cuanto a la convivencia, un 91,7% presenta familia propia y un 8,3% convive con su familia de origen.

Convivencia				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Familia propia	11	91.7	91.7	91.7
Familia origen	1	8.3	8.3	100.0
Total	12	100.0	100.0	

Tabla 24. Distribución de la muestra por convivencia

Estos resultados nos hablan de unas características demográficas de la muestra de estudio sujeta a las intervenciones enfermeras previstas. A modo de resumen, el perfil tipo que refleja las características de la mayoría de las pacientes se corresponde con una mujer casada que posee familia propia, con estudios primarios y una edad media de 39 años. En cuanto a la situación laboral, un 33% trabaja y un 25% presentan situación de desempleo.

3. Patrones Funcionales de salud de M. Gordon (PFS)

De acuerdo con Gordon, los Patrones Funcionales de Salud abarcan el crecimiento y desarrollo humano desde un punto de vista biopsicosocial permitiendo el empleo de un instrumento de evaluación de la persona en interacción con su entorno. El formato por PFS permite formular diagnósticos enfermeros en cualquier ámbito, grupo de edad o punto del continuo salud-enfermedad. Los datos son recogidos para determinar si existe un problema de salud real o potencial e identificar objetivos individuales, grupales o familiares y desarrollar estrategias de intervención para prevenir o mejorar tales problemas.

Como indica Fornés adecuadamente, los patrones de salud y el estado de la persona podría haber cambiado en un espacio de tiempo transcurrido desde la valoración previa, como resultado de las prácticas realizadas para el control de la salud ¹⁶². Durante el desarrollo de la investigación, realizamos una valoración continuada para evaluar los cambios en los problemas y necesidades detectados, así como la posible resolución de patrones disfuncionales o incluso la aparición de nuevos problemas.

Así mismo, es nuestro interés mostrar y describir los PFS por cada paciente antes y después de la provisión de cuidados de enfermería. Para un mejor entendimiento, hemos decidido exponer los patrones funcionales principales de modo individual con la finalidad de conocer si se ha producido mejoría de la respuesta humana de las pacientes al analizar los PFS. Cada uno de ellos será objeto de descripción y análisis con una exposición detallada identificando datos característicos de funcionalidad, mejoría o disfuncionalidad que aportaremos en las tablas 75 y 76. En la primera tabla mostramos el estado de los patrones antes de llevar a cabo las intervenciones enfermeras y dejamos constancia de la evolución de los mismos y en la segunda indicamos la media de PFS que mejoran después de las intervenciones enfermeras. Ahora bien, en la toma de datos post-intervenciones hemos valorado la necesidad de clasificar en dos categorías “funcional o disfuncional” los datos de valoración de cada PFS o bien añadir una tercera categoría “mejoría” para aquellos casos en los que se objetiva una evolución positiva sin llegar al estado de funcionalidad. Entendemos que es importante reflejar los casos en los que se produce mejoría, como cambio a un estado positivo. Así, consideramos que no resulta adecuado ubicarlo en categoría funcional, ya que no todas las características evaluativas o requisitos para la funcionalidad del patrón cambian a positivo en su totalidad, por tanto hemos utilizado además la categoría “mejoría”.

Debido a la características personales, circunstancias y acontecimientos vitales que cada paciente tendrá que afrontar, el problema de ansiedad puede afectar a todos los patrones en mayor o menor frecuencia e intensidad. Siguiendo a Gordon, el funcionamiento humano debe ser interpretado en su conjunto atendiendo a la interdependencia de unos y otros PFS. De este modo, abordamos la interrelación de los PFS tanto en el planteamiento de las intervenciones como en la decisión de funcionalidad del patrón en cuestión.

El elemento central de la tesis nos lleva a presentar la parte clínica, para ello a continuación presentamos una serie de tablas con los datos más relevantes de la

valoración enfermera por Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon de cada paciente al comienzo y al finalizar las intervenciones de enfermería. Teniendo presente el protocolo de actuación previsto indicado en el planteamiento de la investigación, en cada paciente se lleva a cabo el protocolo de actuación con la valoración de enfermería por Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon, cumplimentación del consentimiento informado y el análisis y puntuación de los criterios de resultado enfermero al finalizar la valoración enfermera.

Como veíamos en el marco teórico, la precisión diagnóstica señalada por Margaret Lunney y la coherencia en las taxonomías NANDA, NOC y NIC expuesta por Müller-Staub son aspectos esenciales a tener presente en la fase de razonamiento diagnóstico, elección de la etiqueta, características definitorias y factores relacionados. También, Luis Rodrigo examina el proceso de atención enfermero destacando el proceso de razonamiento diagnóstico para llegar a formular un juicio clínico desde la base del pensamiento crítico. Además, veíamos cómo el uso de una metodología científica, era entendida y contextualizada por Fornés, como elemento que aporta rigor a la práctica profesional a través de los pasos del proceso enfermero desde una orientación de razonamiento crítico.

Por todo esto, creemos interesante mostrar el diagnóstico completo de cada paciente del estudio. Así, recogemos la principal información que se desprende de la valoración de enfermería al comienzo y al final de las intervenciones enfermeras con el juicio clínico enfermero completo, preciso y coherente al estado de salud-enfermedad de cada paciente. Además, presentamos una tabla de valoración resumen post-intervenciones donde reflejamos aquellos patrones en los que podemos apreciar una mejoría clínica, así como algunos datos destacados de resultados de enfermería sugestivos de mejoría clínica.

3.1 Valoración de enfermería por PFS y diagnóstico enfermero ansiedad en las pacientes objeto de estudio

3.1.1 Paciente 1

Valoración de Enfermería: Patrones Funcionales de Salud (PFS)		
PFS	Pre-intervenciones	Post-intervenciones
Patrón 1	<p>Aspecto adecuado.</p> <p>No presenta enfermedades de interés, salvo Diabetes Mellitus II en tratamiento por su médico de atención primaria (MAP).</p> <p>Entre las prácticas sanitarias, relata que sólo realiza mamografías periódicas. Verbaliza que la noche previa a su consulta precisó acudir al servicio de urgencias por presentar una crisis de ansiedad.</p> <p>Medicación actual (prescrita por su MAP): lorazepam s/p.</p> <p>Exploración física TA: 150/80 mmhg, FC: 72 lpm, y FR: 19 rpm y Glucemia: 133 mg/dl.</p>	<p>Acude arreglada, con buen aspecto general</p> <p>Abandona consumo de lorazepam a los 14 días del inicio del plan de cuidados.</p> <p>Exploración física: TA: 140/80 mmhg, FC: 75 lpm, FR: 12 rpm y Glucemia: 126 mg/dl.</p> <p>Verbaliza satisfacción con las intervenciones recibidas.</p>
Patrón 2	<p>Peso: 67 kg, talla: 1,55 m., IMC: 27,89 (sobrepeso).</p> <p>Refiere episodios de sobreingesta alimentaria y mucho apetito.</p> <p>Conocimiento escaso de dieta equilibrada.</p> <p>Manifiesta episodios de hiperfagia nocturna de contenido dulce.</p>	<p>Peso: 64.100 kg, IMC: 26,68 (sobrepeso).</p> <p>Reconoce mejoría en sus hábitos de alimentación con inclusión de más cantidad de verduras y frutas. Sin embargo, verbaliza también que algunas noches se levanta para comer.</p>
Patrón 3	<p>Refiere padecer estreñimiento e indica que padece retención de líquidos.</p>	<p>Afirma mejoría en patrón de eliminación, con deposiciones normales a diario.</p>
Patrón 4	<p>Autónoma e independiente para sus actividades de la vida diaria y de mantenimiento del hogar.</p> <p>Expresión facial tensa, pálida.</p> <p>Presenta adormecimiento manos, sudoración y rigidez en espalda.</p>	<p>Expresión facial relajada, menor percepción de adormecimiento en manos y de sudoración.</p>
Patrón 5	<p>Comenta que habitualmente se acuesta tarde realizando actividades domésticas. Presenta insomnio de mantenimiento. Verbaliza levantarse cansada.</p>	<p>Mejora su percepción y calidad del sueño, refiere que duerme más horas, aunque remarca que no le ocurre a diario.</p>
Patrón 6	<p>Consciente y orientada en espacio, tiempo y persona. Pensamiento coherente y organizado en momento de valoración.</p>	<p>Sin cambios en la respuesta humana de la paciente.</p>

Patrón 7	Señala cambios de ánimo y pensamientos negativos. Percepción de rabia en el manejo de las relaciones con familia. Reconoce sentirse más irritable. Refiere buena percepción e su imagen corporal en relación con su edad "bien para la edad que tengo...".	Refiere encontrarse mejor de ánimo, más activa y mejor manejo de la situaciones que generan malestar, como por ejemplo en la dinámica relacional con sus hijos.
Patrón 8	La paciente trabaja como autónoma en comercio propio con satisfacción en el desempeño de su trabajo. No obtuvo certificación escolar. Su padre fallece hace 25 años y su madre hace 6 años. Refiere que se ha encargado del cuidado de sus hermanos con los que mantiene buena relación "yo los cuidé cuando murieron mis padres...". Señala que su sobrina padece leucemia. Convive con su marido de 53 años. Tiene tres hijos que viven en el núcleo familiar, un hijo de 25 años (estudia y trabaja), otro hijo de 21 años (no trabaja, no estudia), la novia de éste de 18 años y una hija de 16 años (estudia). Verbaliza quejas de que su marido tiene problemas económicos y que no gestiona adecuadamente el patrimonio conyugal. Comenta que su marido desea separarse "lo dice de boca...".	Permanece sin cambios.
Patrón 9	No abortos. Refiere presencia de menstruación regular. Verbaliza que su marido padece una enfermedad infecciosa y que mantiene relaciones sexuales con precauciones.	No se evidencia variaciones en el patrón.
Patrón 10	No ha practicado ninguna técnica para el manejo de la ansiedad previa. Verbaliza padecer crisis de ansiedad recurrentes, con dificultades respiratorias, opresión pectoral, rumiaciones mentales que relaciona con el comportamiento de su marido "malgastoso, se equivoca mucho...le gustan las cosas caras...". Percepción de control de la situación bajo. Como estrategias o comportamiento para resolver situaciones de estrés: tabaco, hiperfagia, elevar tono de voz.	Incorpora el baño todos los viernes como estrategia y comportamiento de autocuidado para relajarse. Verbaliza saber relajarse mejor que antes, duerme mejor, añade que la respiración abdominal le va bien "mejor que por la nariz...".
Patrón 11	Creencia de existencia de algo más en la vida.	Se mantiene igual.

Tabla 25. Valoración de enfermería por PFS. Paciente 1

De acuerdo con los datos recogidos en la valoración por PFS, entendemos que la hipótesis diagnóstica enfermera más adecuada es la siguiente:

Ansiedad r/c crisis situacionales, cambio en los patrones de interacción y función del rol m/p insomnio, dificultades respiratorias, aumento de la tensión, rumiación y sudoración.

Tabla 26. Diagnóstico Enfermero ansiedad. Paciente 1

Paciente 1. Resumen post-intervenciones	
PFS post	Datos relevantes indicativos de mejoría
P1	Reduce TAS y FR. Retira ansiolíticos.
P2	Incluye más frutas y verduras en su dieta.
P3	Deposiciones a diario.
P4	Menor percepción de adormecimiento en manos y sudoración.
P5	Mejora su percepción y calidad de sueño.
P7	Verbaliza encontrarse más animada y activa.
P10	Mejor control de la respuesta de ansiedad, refiere aumento de conocimientos para relajarse.
P total	Mejora 7/11.

Tabla 27. Resumen de valoración post-intervenciones en paciente 1

Al finalizar las intervenciones de enfermería y en el transcurso de las últimas sesiones, la paciente 1 refiere encontrarse mejor. Desde los patrones tolerancia-adaptación al estrés, actividad-ejercicio y eliminación, la paciente manifiesta disminución de la sensación de opresión pectoral y falta de aire, menor irritabilidad, tensión muscular y estreñimiento según indicadores NOC.

En referencia a los indicadores NOC destacamos un cambio en las puntuaciones en el criterio de resultado *nivel de ansiedad* en concreto destacamos los indicadores de *ansiedad verbalizada*, *preocupación exagerada por eventos vitales* e *irritabilidad* aumentado la puntuación de la escala desde sustancial (2) a moderado (3), *tensión muscular* experimenta un cambio desde moderado (3) a leve (4) y *cambio en las pautas intestinales* de moderado (3) a ninguno (5) al finalizar las intervenciones. El indicador *controla la respuesta de*

ansiedad del resultado *autocontrol de ansiedad* progresa desde raramente demostrado (2) a frecuentemente demostrado (4). En cuanto al indicador *refiere dormir de forma adecuada* discurre desde a veces demostrado (3) a frecuentemente demostrado (4). El indicador *prácticas nutricionales saludables* del resultado *conocimiento: conducta sanitaria* aumenta en 1 punto desde conocimiento escaso (2) a conocimiento moderado (3) (Tabla 28).

La paciente añade mayor grado de comprensión en relación con el fenómeno de la ansiedad y conocimiento sanitario adquirido con aprendizaje de técnicas para un adecuado manejo de la ansiedad. La paciente acude a todas las sesiones programadas y realiza 3 prácticas intersesión en su domicilio. Verbaliza satisfacción con las intervenciones recibidas.

NOC 1 Nivel de ansiedad (1211)			
Escala de medición: 1 (grave), 2 (sustancial), 3 (moderado), 4 (leve), 5 (ninguno), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
121106 Tensión muscular	3	4	1
121108 Irritabilidad	2	3	1
121117 Ansiedad verbalizada	2	3	1
121118 Preocupación exagerada por eventos vitales	2	3	1
121130 Cambio en las pautas intestinales	3	5	2
NOC 2: Autocontrol de la ansiedad (1402)			
Escala de medición: 1 (nunca demostrado), 2 (raramente demostrado), 3 (a veces demostrado), 4 (frecuentemente demostrado), 5 (siempre demostrado), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
140214 Refiere dormir de forma adecuada	3	4	1
140217 Controla la respuesta de ansiedad	2	4	2
NOC 3: Conocimiento: conducta sanitaria (1805)			
Escala de medición: 1 (ningún conocimiento), 2 (conocimiento escaso), 3 (conocimiento moderado), 4 (conocimiento sustancial), 5 (conocimiento extenso), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
180501 Prácticas nutricionales saludables	2	3	1

Tabla 28: Datos destacados de Resultados de Enfermería sugestivos de mejoría clínica. Paciente 1

3.1.2 Paciente 2

Valoración de Enfermería: Patrones Funcionales de Salud (PFS)		
PFS	Pre-intervenciones	Post-intervenciones
Patrón 1	<p>Aspecto adecuado, buena higiene general.</p> <p>Antecedentes personales: NAMC, HTA en tratamiento con enalapril, No DM, No DLP.</p> <p>Antecedentes familiares de salud mental: madre de edad avanzada en tratamiento con antidepresivos.</p> <p>Antecedentes personales de salud mental: acogida 24/01/13, psicología el 04/02/13. IQ: histerectomía en 2008.</p> <p>Hábitos tóxicos: fumadora de un paquete al día. Alcohol esporádico.</p> <p>Realiza sus revisiones de salud pertinentes MAP, obstetricia y ginecología.</p> <p>En la actualidad permanece en tratamiento en salud mental.</p> <p>Medicación actual: Tramadol, pregabalina 75 mg: 0-0-1, venlafaxina hidrocloreuro 75 mg: 0-0-1, duloxetina hidrocloreuro 30 mg 1-0-0 (desde hace 8 meses), bromazepam 1,5 mg s/p.</p> <p>Exploración física: TA: 150/95 mmhg, FC: 62 lpm, FR: 24 rpm y Glucemia: 90 mg/dl.</p>	<p>Exploración física: TA: 110/80 mmhg, FC: 68, FR: 16 rpm y Glucemia: 99 mg/dl.</p>
Patrón 2	<p>Peso: 58 kg. Talla: 1.64 m. IMC: 21,56 (normopeso).</p> <p>Apetito disminuido en contexto de ansiedad aguda.</p> <p>Realiza 4 comidas al día.</p> <p>Ingesta hídrica: ½-1 l/día.</p> <p>Hace una semana presentó un episodio de mareos, nauseas.</p> <p>Refiere que en actualidad está abusando del chocolate.</p>	<p>Peso: 58,9 kg. IMC: 21,9 (normopeso).</p> <p>Refiere aumento de apetito, picotea dulces (galletas, chocolate...).</p> <p>Reconoce que continúa con déficit en la ingesta hídrica, verbaliza motivación para aumentar su consumo de agua.</p>
Patrón 3	Estreñimiento.	Permanece sin variaciones.
Patrón 4	<p>Realiza sus tareas básicas de la vida cotidiana con dificultad.</p> <p>No realiza ejercicio físico, solo camina para hacer sus recados. Presenta sudoración, rigidez en cuello y nuca más acentuada por la mañana, nerviosismo. Hormigueos en manos y pies.</p> <p>Cuida de su nieto de 13 meses.</p>	<p>Continúa sin hacer ejercicio físico reglado, contempla la idea de iniciar Pilates.</p>

Patrón 5	Si presenta dolor corporal, refiere padecer insomnio de mantenimiento y temblores en MMII en la noche. Percepción de mala calidad del sueño (crónico, hace más de 10 años). Precisa lormetazepam 1 mg. en la noche.	Insomnio de conciliación que atribuye a cambio de domicilio.
Patrón 6	Consciente y orientada en tiempo, espacio y persona. Nivel de conciencia normalizado. Vértigos, mareos. Dificultad para centrar la atención. Pensamiento coherente y organizado, velocidad y tono del habla normal.	Dificultad para concentrarse, olvidos frecuentes, menor sensación vertiginosa y de mareos.
Patrón 7	Tonalidad afectiva y emocional de poca valía. Competencia personal negativa. Cansancio, decaimiento.	Señala tristeza por días, añade que procura reestructurar su pensamiento en positivo.
Patrón 8	Se encarga de las tareas administrativas de un taller mecánico familiar, trabaja en empresa familiar. Posee estudios primarios. Sus padres están enfermos y viven en otra provincia (madre de 72 años en tratamiento con antidepressivos, artrosis y DM mal controlada y su padre de 75 años en cuidados paliativos por EPOC e insuficiencia cardíaca). Convive con su marido de 50 años en Águilas desde hace 3 años. Relata desengaño amoroso hace 10 años. Tiene dos hijos independizados y con pareja; uno de ellos tiene 24 años con un hijo de 13 meses y el otro 20 años estudiando un Ciclo superior de electromecánica.	Continúa con su trabajo en taller mecánico familiar, actualmente percibe ayuda de un empleado contratado para realizar tareas de auxiliar administrativo, sintiéndose más tranquila y menos sobrecargada a nivel laboral. Verbaliza dificultades en las relaciones con su marido.
Patrón 9	En 2008 histerectomía. No abortos. Menopausia desde los 43 años de edad.	Sin cambios.
Patrón 10	Ansiedad aguda verbalizada con palpitaciones, opresión pecho, dificultades respiratorias, sensación de algo malo le va a ocurrir que no relaciona con causa alguna. Buscó información en su MAP y le solicitó derivación a Salud Mental. Toma medicación ansiolítica (bromazepam 1,5 mg.) si se encuentra con ansiedad, intenta reestructurar su pensamiento pero al final recurre a las pastillas.	Verbaliza disminución sintomatología ansiosa, continua con tristeza, dolores generalizados corporales, cansancio. Señala que ha mejorado con la práctica de relajación, menos presión pectoral y menor dificultad respiratoria. Realiza prácticas en su casa, sobre todo por la noche tras la cena, le ayuda a dormir. Ha padecido menor número de crisis ansiosas "antes 3 al día...ahora 1 cada 3 días...".
Patrón 11	Refiere que cree en Dios "tengo fe", no practicante.	Permanece igual.

Tabla 29. Valoración de enfermería por PFS. Paciente 2

Basándonos en los datos recogidos en la valoración por PFS, entendemos que la hipótesis diagnóstica enfermera más precisa es la siguiente:

Ansiedad r/c cambio en la función del rol y en los patrones de interacción, estrés m/p insomnio, mareos, palpitaciones, dificultades respiratorias, hormigueo y temblores en extremidades.

Tabla 30. Diagnóstico enfermero ansiedad. Paciente 2

Paciente 2. Resumen post-intervenciones	
PFS post	Datos relevantes indicativos de mejoría
P1	Reduce TA y FR.
P6	Menor sensación de mareos.
P7	Sentimientos de autovaloración personal se acompañan de intencionalidad y juicios valorativos más positivos.
P8	Percepción de menor sobrecarga laboral.
P10	Mejor control de la respuesta de ansiedad, disminuye el nivel de ansiedad previo a las intervenciones, muestra interés y utiliza las técnicas de relajación aprendidas.
P total	Mejora 5/11.

Tabla 31. Resumen de valoración post-intervenciones. Paciente 2

Al finalizar las intervenciones enfermeras, desde el patrón adaptación-tolerancia al estrés, la paciente 2 verbaliza disminución del nivel de ansiedad previa al inicio. Apoyándonos en los indicadores NOC se ha producido una leve mejoría con disminución de la frecuencia respiratoria, de la tensión muscular, inquietud y de la ansiedad verbalizada.

En referencia al resultado *nivel de ansiedad* destacamos los indicadores *ansiedad verbalizada* de sustancial (2) a leve (4), *aumento de la presión sanguínea* de moderada (3) a ninguno (5), *vértigo* de sustancial (2) a moderado (3) y trastorno de sueño con un cambio de 1 punto, desde sustancial (2) a moderado (3). De acuerdo con el resultado *autocontrol de la ansiedad*, el indicador *controla la respuesta de ansiedad* experimenta un cambio de puntuación desde a veces demostrado (3) a frecuentemente demostrado (4) y el indicador *utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad* desde nunca

demostrado (1) a frecuentemente demostrado (4). Atendiendo al resultado *conocimiento: conducta sanitaria*, el indicador *técnicas efectivas de control de estrés* aumenta en 2 puntos desde conocimiento escaso (2) a conocimiento sustancial (4) (Tabla 32).

La paciente afirma practicar la herramienta de relajación a diario y manejar los estímulos ambientales y la intensidad de la ansiedad señalando que ha padecido menor número de crisis de ansiedad que con anterioridad. Comenta que ha disminuido el hábito de hiperventilar y que monitoriza los síntomas de ansiedad dándose cuenta de los mismos para evitar un episodio completo. También, durante el desarrollo de las sesiones, la paciente expresa toma de conciencia de su problema, afirmando menor desgaste laboral, expresando sus emociones en grupo y reconociendo que cuando presenta ansiedad hace uso de las intervenciones recibidas. Realiza 6/8 sesiones programadas y 5 prácticas intersesión en su domicilio.

NOC 1 Nivel de ansiedad (1211)			
Escala de medición: 1 (grave), 2 (sustancial), 3 (moderado), 4 (leve), 5 (ninguno), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
121117 Ansiedad verbalizada	2	4	2
121119 Aumento de la presión sanguínea	3	5	2
121124 Vértigo	2	3	1
121129 Trastorno del sueño	2	3	1
NOC 2: Autocontrol de la ansiedad (1402)			
Escala de medición: 1 (nunca demostrado), 2 (raramente demostrado), 3 (a veces demostrado), 4 (frecuentemente demostrado), 5 (siempre demostrado), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	1	4	3
140217 Controla la respuesta de ansiedad	3	4	1
NOC 3: Conocimiento: conducta sanitaria (1805)			
Escala de medición: 1 (ningún conocimiento), 2 (conocimiento escaso), 3 (conocimiento moderado), 4 (conocimiento sustancial), 5 (conocimiento extenso), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
180503 Técnicas efectivas de control de estrés	2	4	2

Tabla 32: Datos destacados de Resultados de Enfermería sugestivos de mejoría clínica.
Paciente 2

3.1.3 Paciente 3

Valoración de Enfermería: Patrones Funcionales de Salud (PFS)		
PFS	Pre-intervenciones	Post-intervenciones
Patrón 1	<p>Aspecto adecuado, acude aseada.</p> <p>Antecedentes personales: NAMC, HTA, no DM, no DLP. No enfermedades de interés.</p> <p>Hábitos tóxicos: ex-fumadora desde hace 15 años.</p> <p>Antecedentes familiares de salud mental: refiere que sus hermanas son también nerviosas</p> <p>Antecedentes personales de salud en CSM el 18/01/2013 con crisis de ansiedad precisando ir a urgencias la semana anterior. Primera consulta con psicología el 30/01/2013.</p> <p>Medicación actual por MAP: lorazepam 1 mg ½-0-1, enalapril maleato 20 mg: 1-0-0.</p> <p>Exploración física: TA: 100/70 mmhg, FC: 65 lpm, FR: 16 rpm, Glucemia: 110 mg/dl.</p>	<p>Medicación actual: paroxetina 20 mg: 1-0-0.</p> <p>Mejora su actitud y conocimiento sobre la enfermedad. Afirma encontrarse mejor , verbaliza no haber padecido episodios de ansiedad. Recibe alta de psicología.</p> <p>Exploración física: TA: 100/70 mmhg, FC: 72 lpm, FR: 16 rpm, Glucemia 91 mg/dl.</p>
Patrón 2	<p>Peso: 56 kg. Talla: 1,57 m.. IMC: 22,72 (normopeso).</p> <p>Apetito aumentado</p> <p>Sequedad de boca que r/c ingesta de ansiolíticos.</p> <p>Realiza 4 comidas al día, infusiones a diario. No toma café.</p> <p>Ingesta hídrica: 1 l/día.</p>	<p>Peso: 55,8 kg. IMC: 22,64 (normopeso).</p> <p>Apetito normalizado. Incremento ingesta hídrica.</p>
Patrón 3	Estreñimiento.	Desaparece estreñimiento previo.
Patrón 4	<p>Autónoma en sus ABVD.</p> <p>Camina 2-3 veces/semana.</p> <p>Presenta rigidez, tensión muscular cuello, espalda y pierna derecha.</p>	Menos temblores, tensión y rigidez.
Patrón 5	Precisa medicación para dormir. Refiere que su sueño es muy superficial y ligero. Percibe un inadecuado patrón de sueño.	Señala que con la incorporación de las técnicas de relajación no necesita tomar hipnótico prescrito. Realiza siestas largas de 2 horas. Refiere que su sueño es ligero pero que siempre ha experimentado tal patrón de sueño "...estoy como durmiendo...pero no estoy centrada en el sueño...". Aunque añade que aun así "estoy en la cama relajada".
Patrón 6	Consciente y orientada en tiempo, espacio y persona. Nivel de conciencia normal. Presenta mareos, dificultad para prestar atención.	No mareos, menor dificultad para centrar la atención.

Patrón 7	Presenta tristeza, llanto fácil, irritabilidad.	Refiere encontrarse más animada. “son cosas que tenía que asimilar..ha pasado...las estoy asimilando bien...” refiriéndose también a la muerte de su padre.
Patrón 8	<p>Paro laboral hace 3 años por cierre de su empresa. No obtuvo certificación escolar.</p> <p>Hace un año encuentra otro trabajo con elevado estrés laboral abandonándolo. Actualmente en paro laboral con dificultades en la relación con su marido, las percibe como insatisfactorias.</p> <p>Convive con su marido de 47 años: en paro, su hija de 13 años: estudiante.</p> <p>Su padre falleció en diciembre de 2012. Tiene una hija de 22 años independizada con su pareja. Tiene dos hermanas de 54 y 42 años casadas. Su madre de 71 años vive sola (prótesis en ambas rodillas).</p>	Verbaliza mejores relaciones con su marido, añade más ganas de salir juntos.
Patrón 9	<p>2 abortos provocados. Conización hace 15 años.</p> <p>Picor vaginal que relata como origen de sus crisis de ansiedad.</p>	Refiere que ha disminuido sequedad y picor vaginal con las intervenciones de relajación propuestas, ha disminuido dolor “me ha cambiado las relaciones sexuales...”, “me siento bien...voy bien...”.
Patrón 10	<p>No ha practicado nunca relajación.</p> <p>No conoce las técnicas de relajación.</p> <p>Relata que ha presentado ataques de ansiedad fuertes con sensación de que se iba a morir.</p> <p>Empeoramiento hace 7 meses.</p> <p>Verbaliza otro episodio de ansiedad hace 1 semana con temblores, nauseas, opresión pecho, temblor boca, sensación de muerte inminente. Ha padecido dos episodios de ansiedad en los últimos dos meses. Señala miedo a morir desde fallecimiento de su padre.</p> <p>Cuando presenta ansiedad intenta salir a la calle, hacer labores de costura “distraerme...”.</p>	No ha presentado crisis de ansiedad, verbaliza que está practicando las técnicas de relajación con buen manejo y aprovechamiento.
Patrón 11	Asiste a iglesia Evangélica.	Permanece igual.

Tabla 33. Valoración de enfermería por FFS. Paciente 3

Basándonos en los datos recogidos en la valoración por PFS, entendemos que la hipótesis diagnóstica enfermera más precisa es la siguiente:

Ansiedad r/c cambio en la función del rol y crisis situacionales m/p temblores, aumento de la tensión, preocupación y deterioro de la atención.

Tabla 34. Diagnóstico enfermero ansiedad. Paciente 3

Paciente 3. Resumen post-intervenciones	
PFS post	Datos relevantes indicativos de mejoría
P1	Mejora la actitud frente a su problema de salud.
P2	Apetito normalizado.
P3	Sin estreñimiento.
P4	Disminuye tensión muscular y temblores.
P6	Menor dificultad para centrar la atención.
P7	Reacción emocional positiva.
P8	Percepción de satisfacción en la dinámica familiar.
P9	Verbaliza mejoría en relaciones sexuales.
P10	No ansiedad verbalizada, mejor control de la respuesta de ansiedad.
P total	Mejora 9/11.

Tabla 35. Resumen valoración post-intervenciones. Paciente 3

La paciente 3 refiere encontrarse bien, más calmada con menos ansiedad, verbaliza que ha aceptado de otra manera la muerte de su padre, con otra actitud “me siento más positiva...”, “no me han dado esas ansiedades...cuando tengo inquietud hago la relajación...”. Relata mejores relaciones con su marido e hijos. En el marco del patrón tolerancia al estrés, la paciente no presentó importantes episodios de ansiedad durante las intervenciones enfermeras, con mejoría en puntuaciones algunos indicadores NOC como en tensión muscular, irritabilidad, ansiedad verbalizada y control de la respuesta de ansiedad. Refiere menor tensión muscular, temblores en piernas, brazos, irritabilidad, inquietud y ansiedad verbalizada, además señala haber normalizado la eliminación intestinal y abandono de hipnótico, aunque continua con quejas de sueño superficial. Acude a 7/8 sesiones programadas y realiza 7 prácticas intersesión. Su psicóloga procedió al alta por mejoría.

Apoyándonos en los resultados de enfermería, los indicadores *tensión muscular*, *irritabilidad* y *ansiedad verbalizada* del resultado *nivel de ansiedad* cambian sus puntuaciones desde sustancial (2) a leve (4) medida determinante del progreso de la paciente; *preocupación exagerada por eventos vitales* aumenta 1 punto desde moderado (3) a leve (4) y *cambio en las pautas intestinales* desde moderado (3) a leve (4). Desde el resultado *autocontrol de la ansiedad*, destacamos *controla la respuesta de ansiedad*, *ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad* y *ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad* cambian la puntuación desde raramente demostrado (2) a frecuentemente demostrado (4). En referencia al resultado conocimiento: *conducta sanitaria*, destacamos un aumento de 2 puntos en el indicador *técnicas efectivas de control de estrés* que discurre desde ningún conocimiento (1) a conocimiento moderado (3) (Tabla 36).

NOC 1 Nivel de ansiedad (1211)			
Escala de medición: 1 (grave), 2 (sustancial), 3 (moderado), 4 (leve), 5 (ninguno), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
121106 Tensión muscular	2	4	2
121108 Irritabilidad	2	4	2
121117 Ansiedad verbalizada	2	4	2
121118 Preocupación exagerada por eventos vitales	3	4	1
121130 Cambio en las pautas intestinales	3	4	1
NOC 2: Autocontrol de la ansiedad (1402)			
Escala de medición: 1 (nunca demostrado), 2 (raramente demostrado), 3 (a veces demostrado), 4 (frecuentemente demostrado), 5 (siempre demostrado), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
140215 Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad	2	4	2
140216 Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad	2	4	2
140217 Controla la respuesta de ansiedad	2	4	2
NOC 3: Conocimiento: conducta sanitaria (1805)			
Escala de medición: 1 (ningún conocimiento), 2 (conocimiento escaso), 3 (conocimiento moderado), 4 (conocimiento sustancial), 5 (conocimiento extenso), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
180503 Técnicas efectivas de control de estrés	1	3	2

Tabla 36: Datos destacados de Resultados de Enfermería sugestivos de mejoría clínica. Paciente 3

3.1.4 Paciente 4

Valoración de Enfermería: Patrones Funcionales de Salud (PFS)		
PFS	Pre-intervenciones	Post-intervenciones
Patrón 1	<p>Aspecto general adecuado, cuidado.</p> <p>Antecedentes personales: NAMC. No enfermedades de interés.</p> <p>Antecedentes personales de salud mental: una cita con psicología en CSM Águilas. Acude en 2005 a psiquiatría privada.</p> <p>Antecedentes familiares de salud mental: tía en tratamiento psiquiátrico en otro Centro de Salud Mental.</p> <p>Sobre su enfermedad señala que se altera fácilmente "me pongo histérica....irritable...".</p> <p>Hábitos tóxicos: no.</p> <p>Exploración física: TA 110/60 mmhg, FC:80 lpm, FR: 16 rpm y Glucemia: 103 mg/dl.</p>	<p>Alta psicología, vista una vez en psiquiatría en CSM.</p> <p>Medicación actual: natifar, hierro.</p> <p>Exploración física: TA: 100/70 mmhg, FC: 76 lpm, FR: 18 rpm, Glucemia: 107 mg/dl.</p>
Patrón 2	<p>Peso: 45 kg., talla: 1.60 m., IMC: 17,52 (peso insuficiente).</p> <p>Apetito conservado.</p> <p>Realiza 4 comidas al día. Refiere que algunas noches se levanta para comer (patatas, almendras).</p> <p>Ingesta hídrica: 1,5 l/día.</p> <p>Señala conocimiento de dieta equilibrada, sin embargo verbaliza escaso consumo de pescado y frutas.</p>	<p>Peso: 51 kg., IMC: 19,92 (normopeso).</p> <p>Toma menos bollería, incluye mayor consumo de frutas. Refiere que la educación sanitaria le ha venido bien.</p>
Patrón 3	Estreñimiento y percepción de aumento de las número de micciones diarias.	Patrón eliminación normalizado.
Patrón 4	<p>Autónoma en sus AVD, realiza sus tareas domésticas a diario.</p> <p>No realiza ejercicio físico.</p>	Camina 3 tardes a la semana y paseos con su hijo, suegra o madre.
Patrón 5	<p>Duerme 5-6 horas con dificultad.</p> <p>Realiza siestas cuando tiene tiempo.</p> <p>No toma medicación hipnótica. Señala que se levanta bien por la mañana.</p>	Percepción de mejoría en el sueño, refiere que duerme bien y que duerme toda la noche, añade que su hijo duerme 4-5 horas seguidas. Se levanta descansada y percibe su patrón de sueño como adecuado.
Patrón 6	<p>Consciente y orientada en tiempo, espacio y persona.</p> <p>Nivel de conciencia normal. Sin otras alteraciones manifiestas.</p>	Sin cambio en los datos.

Patrón 7	<p>Tonalidad afectiva agradable, verbaliza decaimiento, cansancio “como si tuviera ganas de llorar...”, irritabilidad “a veces contesto como si estuviera enfadada” que no relaciona con causa alguna.</p> <p>Competencia personal: positiva.</p> <p>No alteración de su imagen corporal.</p>	<p>Refiere encontrarse mejor de ánimo.</p> <p>Señala que antes se sentía presionada por su familia “antes me agobiaban mucho...estaba mala con los puntos...hubo conflictos...”. Relata una escena de dificultad relacional con su suegra y de incomodidad en el domicilio conyugal.</p>
Patrón 8	<p>Mantiene relaciones sentimentales con su pareja desde hace 2 años. Quejas de su suegra “se mete en como hacer las cosas...”.</p> <p>Posee el Graduado Escolar. No trabaja en actualidad. Comenta que hace 5 años trabajó en Semana Santa y Navidad. Refiere que además, trabajó en una ocasión, durante un mes en una zapatería.</p> <p>Sus padre de 61 años no trabajan, su madre de 54 años es pensionista por enfermedad renal. No tiene hermanos.</p> <p>La paciente convive con su marido de 40 años que trabaja en un invernadero. Tienen un hijo de 3 meses.</p>	<p>Convive con su marido de 40 años y su hijo de 6 meses con mejores relaciones, menor presión percibida por parte de su suegra. La paciente mantiene situación de desempleo.</p>
Patrón 9	<p>Refiere que su bebe no fue deseado.</p> <p>Parto instrumentalizado (ventosa).</p> <p>Quejas de dolor que r/c punto episiotomía.</p> <p>Última menstruación: octubre 2012.</p> <p>No abortos.</p>	<p>No menstruación. Lactancia materna desde hace 6 meses.</p>
Patrón 10	<p>No ha practicado relajación anteriormente.</p> <p>Nerviosismo verbalizada “como si estuviera estresada...si me dicen algo contesto mal...”.</p> <p>Presenta estado de irritabilidad constante, dificultades respiratorias, preocupación e intranquilidad verbalizadas.</p> <p>Refiere que para calmarse se va a su cama o a su sofá.</p>	<p>Refiere encontrarse menos nerviosa, “mejor que antes...”. No ha padecido episodios importantes de ansiedad desde inicio del grupo, continua practicando técnicas de relajación con aprovechamiento. Si percibe ansiedad incorpora las técnicas de relajación, lee, se acuesta con los ojos cerrados, además de distraerse en otras actividades.</p>
Patrón 11	<p>Refiere creencia en Dios.</p>	<p>Permanece igual.</p>

Tabla 37. Valoración de enfermería por PFS. Paciente 4

Basándonos en los datos recogidos en la valoración por PFS, entendemos que la hipótesis diagnóstica enfermera más precisa es la siguiente:

Ansiedad r/c cambio en la función del rol, crisis situacionales y amenaza para los patrones de interacción m/p irritabilidad, nerviosismo y dificultades respiratorias.

Tabla 38. Diagnóstico enfermero ansiedad. Paciente 4

Paciente 4. Resumen post-intervenciones	
PFS post	Datos relevantes indicativos de mejoría.
P2	Reduce bollería, aumenta consumo de frutas.
P3	Sin estreñimiento.
P5	Verbaliza descansar en la noche.
P7	Reactividad emocional positiva, más animada.
P8	Mejores relaciones familiares, menor presión percibida.
P10	Menor percepción de irritabilidad, nerviosismo y dificultades respiratorias.
P total	Mejora 5/11.

Tabla 39. resumen de valoración post-intervenciones. Paciente 4

Tras finalizar las intervenciones la paciente 4 manifiesta encontrarse menos nerviosa, con menor nivel de ansiedad e irritabilidad, datos del patrón adaptación-tolerancia al estrés que coinciden con algunos resultados de los indicadores NOC evaluados. Demuestra también, mejoría en la funcionalidad de los patrones de *eliminación*, *nutricional-metabólico* y *sueño-descanso*; además se siente más animada realizando más contactos sociales fuera de su domicilio. Adquiere conciencia de la necesidad de manejar y controlar la ansiedad. Realiza 6 prácticas intersesión, reseñando mejoría desde que recibe las intervenciones. Acude a 6/8 sesiones programadas y realiza 7 prácticas intersesión en su domicilio.

Apoyándonos en los resultados de enfermería *nivel de ansiedad*, los indicadores *inquietud* e *irritabilidad* cambian desde sustancial (2) a leve (4) y moderado (3) respectivamente, el indicador *ansiedad verbalizada* evoluciona desde sustancial (2) a ninguno (5). En el resultado *autocontrol ansiedad* destacan los indicadores *controla la respuesta de ansiedad* y *refiere dormir de*

forma adecuada con un cambio que discurre desde raramente demostrado (2) a frecuentemente demostrado (4).

Además, la puntuación en el indicador denominado *prácticas nutricionales saludables* del resultado *conocimiento: conducta sanitaria* cambia desde conocimiento escaso (2) a conocimiento moderado (3), así como la paciente verbaliza en la valoración realizada tras finalizar las intervenciones enfermeras. Y en este mismo resultado, destacamos el aumento de 3 puntos en el indicador *técnicas efectivas de control de estrés* (Tabla 40).

NOC 1 Nivel de ansiedad (1211)			
Escala de medición: 1 (grave), 2 (sustancial), 3 (moderado), 4 (leve), 5 (ninguno), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
121105 Inquietud	2	4	2
121108 Irritabilidad	2	3	1
121117 Ansiedad verbalizada	2	5	3
NOC 2: Autocontrol de la ansiedad (1402)			
Escala de medición: 1 (nunca demostrado), 2 (raramente demostrado), 3 (a veces demostrado), 4 (frecuentemente demostrado), 5 (siempre demostrado), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
140214 Refiere dormir de forma adecuada	2	4	2
140217 Controla la respuesta de ansiedad	2	4	2
NOC 3: Conocimiento: conducta sanitaria (1805)			
Escala de medición: 1 (ningún conocimiento), 2 (conocimiento escaso), 3 (conocimiento moderado), 4 (conocimiento sustancial), 5 (conocimiento extenso), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
180501 Prácticas nutricionales saludables	2	3	1
180503 Técnicas efectivas de control de estrés	1	4	3

Tabla 40: Datos destacados de Resultados de Enfermería sugestivos de mejoría clínica. Paciente 4

3.1.5 Paciente 5

Valoración de Enfermería: Patrones Funcionales de Salud (PFS)		
PFS	Pre-intervenciones	Post-intervenciones
Patrón 1	<p>Aspecto general adecuado, cuidado.</p> <p>Antecedentes personales: NAMC, no HTA (más bien refiere que padece hTA), no DM, no DLP. Padece 2 hernias cervicales, escoliosis, artrosis.</p> <p>Antecedentes familiares de salud mental: su madre recibe tratamiento psiquiátrico "se le murió un hijo con 14 años...". Su tía materna también recibe tratamiento psiquiátrico.</p> <p>Desconoce lo que le pasa, añade que necesita ayuda y que tiene que poner de su parte. Verbaliza una sensación rara en todo el cuerpo, malestar, irritabilidad, ganas de llorar. Señala que empezó con dolor estómago y con sudoración, más acentuado por la tarde.</p> <p>Medicación actual: paroxetina 20 mg: 1-0-0, orfidal 1-1-1.</p> <p>Exploración física: TA: 120/80 mmhg, FC: 80 lpm, FR: 18 rpm, Glucemia: 91 mg/dl.</p>	<p>Verbaliza que antes padecía más nerviosismo focalizado en el estómago "veo que me voy a marear...que falta el aire...ya no..." "hago la relajación cuando veo que me pongo nerviosa...". Refiere encontrarse bien. No ha padecido ninguna crisis de ansiedad desde inicio de intervenciones.</p> <p>La paciente informa de la mejoría que ha experimentado, sintiéndose satisfecha.</p> <p>Acude a psiquiatría: aremis 100 mg: 1-1/2-0, rezer 15 mg: 0-0-1/2, orfidal s/p.</p> <p>Exploración física: TA: 110/80 mmhg, FC: 72 lpm, FR: 16 rpm, Glucemia: 90 mg/dl.</p>
Patrón 2	<p>Peso: 56,6 kg. Talla: 1,52 m. IMC: 24,5 (normopeso).</p> <p>Sequedad de boca.</p> <p>Refiere que siempre ha estado realizando régimen alimentario, ha perdido 13 kg en 8 meses.</p> <p>Hiporexia. Señala que procura realizar 3 comidas al día. Dieta variada. Refiere que no le gustan los alimentos dulces, además verbaliza que hasta el agua le engorda.</p> <p>No vómitos. Malestar digestivo.</p>	<p>Peso: 57,90 kg. IMC: 25,06 (normopeso).</p> <p>Ingesta hídrica mayor de 1.5 l/día. Verbaliza que ha mejorado pautas alimentarias y que lo visto en el grupo le ha servido para recordar y motivar su incorporación. Disminuyen las quejas de dolor abdominal.</p>
Patrón 3	<p>Estreñimiento. No toma laxantes, pero señala que toma suficiente cantidad de frutas como naranjas y piña.</p>	<p>Deposiciones a diario, desaparece estreñimiento previo.</p>
Patrón 4	<p>Autónoma. Ha precisado rehabilitación por contractura en el cuello (hace 2 semanas).</p> <p>No realiza ejercicio físico. Aislamiento social "no salgo, no me apetece...no quiero que la gente me vea...me pregunte...". Presenta temblores y adormecimiento en miembros superiores, además verbaliza estar siempre tensa.</p>	<p>Quejas de hormigueo en ambas manos que la paciente atribuye a posible túnel carpiano.</p> <p>Señala reducción de tensión muscular corporal generalizada.</p> <p>Sale a caminar por las tardes, menos malestar e inquietud interna.</p>

Patrón 5	<p>Insomnio de conciliación y de mantenimiento. Nerviosismo por las noches. Precisa lorazepam 1 mg en la noche. Se levanta cansada. Percepción del patrón sueño disminuida que r/c ronquidos de su marido y nerviosismo más acentuado en la noche.</p>	<p>Refiere dormir mejor, con menor dificultad para iniciar y mantener el sueño y mayor satisfacción.</p>
Patrón 6	<p>Consciente y orientada en tiempo, espacio y persona. Nivel de conciencia normal. Sin alteraciones manifiestas. Afirma preocupación exagerada por los problemas de los demás "más que de los míos..." Presenta mareos. Su discurso es estructurado y coherente. Velocidad del lenguaje enlentecida.</p>	<p>Menor percepción de sensación vertiginosa y de mareo e hipervigilancia, refiere que ya no está tan pendiente de todo lo que sucede a su alrededor.</p>
Patrón 7	<p>Tonalidad afectiva agradable en momento de valoración. Señala encontrarse triste, desanimada. Negativa percepción de su imagen corporal "nunca me ha gustado mi cuerpo...". Competencia positiva.</p>	<p>Mejora el concepto de sí misma, según verbaliza la paciente. Mejor de ánimo con más ganas de hacer cosas "antes no podía levantarme de la cama...".</p>
Patrón 8	<p>Baja laboral desde hace 3 meses. Trabaja en almacén hortofrutícola de empaquetadora. Asevera que no tiene amigas, "solo compañeras de trabajo" "mi sobrina era la que venía conmigo...". Convive con su marido de 36 años (trabaja) y tiene un hijo de 6 años (escolarizado). Su hermano falleció cuando ella tenía 9 años (a los 14 años). Tiene otro hermano de 44 años casado y con dos hijos. Su madre tiene 66 años y recibe paga no contributiva y su padre de 71 recibe pensión por jubilación (intervenido de tumor intestinal hace un mes).</p>	<p>Retoma la relación con su sobrina, lo expresa con alegría "ya estamos mejor...". Actualmente no trabaja, es fija discontinua y retomará el trabajo en breve.</p>
Patrón 9	<p>No abortos. No anticonceptivos. Menstruación regular.</p>	<p>Sin cambios manifiestos.</p>
Patrón 10	<p>No ha practicado relajación. No busca información para reducir su ansiedad. Ansiedad verbalizada, inquietud, dificultades respiratorias e irritabilidad. "me ahoga...donde estoy me tengo que salir y que me de el aire...". Pensamientos negativos. Para calmarse procura salir de casa, tomar el aire, respirar y hace uso de lorazepam.</p>	<p>Señala mejor manejo y control de la ansiedad evitando episodios de ansiedad con las técnicas de relajación "está a punto de que me dé y no le dejo...".</p>
Patrón 11	<p>Cree en Dios, no practicante.</p>	<p>Permanece igual.</p>

Tabla 41. Valoración de enfermería por PFS. Paciente 5

Basándonos en los datos recogidos en la valoración por PFS, entendemos que la hipótesis diagnóstica enfermera más precisa es la siguiente:

Ansiedad r/c cambio en la función de rol, crisis situacionales y estrés m/p irritabilidad, aumento de la tensión, insomnio y dificultades respiratorias.

Tabla 42. Diagnóstico enfermero ansiedad. Paciente 5

Paciente 5. Resumen post-intervenciones	
PFS post	Datos relevantes indicativos de mejoría
P1	Leve reducción de FC, FR y TA.
P2	Disminuyen quejas de dolor abdominal.
P3	Deposiciones a diario.
P4	Disminuye tensión muscular corporal.
P5	Verbaliza mejoría en sensación de descanso.
P6	Menor sensación de mareos, mejoría de la atención.
P7	Señala encontrarse mejor de ánimo y autoconcepto.
P8	Mejora las relaciones con su sobrina, previsión de retomar su trabajo en breve.
P10	Mejor control de la respuesta de ansiedad, refiere aumento de conocimientos para relajarse.
P total	Mejora 9/11.

Tabla 43. Resumen valoración post-intervenciones. Paciente 5

Tras finalizar las intervenciones enfermeras, en el entorno del patrón adaptación-tolerancia al estrés y apoyándonos en los indicadores NOC, la paciente 5 indica mejor manejo en el nivel y control de la respuesta de ansiedad. Verbaliza encontrarse más tranquila. Los patrones sueño-descanso, eliminación y autopercepción-autoconcepto y nutricional-metabólico se normalizan, la paciente refiere descansar mejor en la noche, desaparece el estreñimiento con deposiciones a diario, además de sentirse más animada y mejor consigo misma, disminuyendo las quejas de dolor abdominal. Acude a todas las sesiones y realiza 6 prácticas intersesión en su domicilio.

Apoyándonos en los resultados de enfermería *nivel de ansiedad*, los indicadores *inquietud e irritabilidad*, *tensión muscular* y *ansiedad verbalizada* cambian desde sustancial (2) a ninguno (5). El indicador *ataque de pánico* aumenta 3 puntos desde sustancial (2) a ninguno (5), el indicador *trastorno del sueño* aumenta 2 puntos desde sustancial (2) a leve (4) y cambio en las pautas intestinales evoluciona desde moderado (3) a ninguno (5) respectivamente.

En el resultado *autocontrol ansiedad* destacan los indicadores *controla la respuesta de ansiedad* y *refiere dormir de forma adecuada* con un cambio que discurre desde raramente demostrado (2) a siempre demostrado (5) y desde raramente demostrado (2) a frecuentemente demostrado (4) respectivamente. Así mismo, el indicador *monitoriza la intensidad de la ansiedad* aumenta 3 puntos desde raramente demostrado (2) a siempre demostrado (5) y *utiliza las técnicas de relajación para reducir la ansiedad* aumenta 4 puntos, desde nunca demostrado (1) a siempre demostrado (5).

Atendiendo al indicador *técnicas efectivas de control de estrés* del resultado *conocimiento: conducta sanitaria*, podemos apreciar un aumento de 3 puntos, desde ningún conocimiento (1) a conocimiento sustancial (4) (Tabla 44).

NOC 1 Nivel de ansiedad (1211)			
Escala de medición: 1 (grave), 2 (sustancial), 3 (moderado), 4 (leve), 5 (ninguno), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
121105 Inquietud	2	5	3
121106 Tensión muscular	2	5	3
121108 Irritabilidad	2	5	3
121117 Ansiedad verbalizada	2	5	3
121115 Ataque de pánico	2	5	3
121129 Trastorno del sueño	2	4	2
121130 Cambio en las pautas intestinales	3	5	2
NOC 2: Autocontrol de la ansiedad (1402)			
Escala de medición: 1 (nunca demostrado), 2 (raramente demostrado), 3 (a veces demostrado), 4 (frecuentemente demostrado), 5 (siempre demostrado), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
140201 Monitoriza la intensidad de la ansiedad	2	5	3
140214 Refiere dormir de forma adecuada	2	4	2
140217 Controla la respuesta de ansiedad	2	5	3
140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	1	5	4
NOC 3: Conocimiento: conducta sanitaria (1805)			
Escala de medición: 1 (ningún conocimiento), 2 (conocimiento escaso), 3 (conocimiento moderado), 4 (conocimiento sustancial), 5 (conocimiento extenso), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
180503 Técnicas efectivas de control de estrés	1	4	3

Tabla 44: Datos destacados de Resultados de Enfermería sugestivos de mejoría clínica.

Paciente 5

3.1.6 Paciente 6

Valoración de Enfermería: Patrones Funcionales de Salud (PFS)		
PFS	Pre-intervenciones	Post-intervenciones
Patrón 1	<p>Aspecto adecuado.</p> <p>Antecedentes personales: NAMC, no HTA, no DM, no DLP, no IQ.</p> <p>Antecedentes familiares de salud mental: madre de 72 años en tratamiento con antidepresivos.</p> <p>Hábitos tóxicos: niega consumo de drogas.</p> <p>La paciente sostiene que necesita ayuda por sensación de falta de aire, sofocos, opresión, decaimiento "hago las cosas a la fuerza".</p> <p>No realiza ejercicio físico ni dieta estructurada.</p> <p>Medicación actual: lorazepam ½-½-1, escitalopram 10 mg: 1-0-0.</p> <p>Exploración física: TA: 120/80 mmhg, FC: 60 lpm, FR: 13 rpm y Glucemia: 136 mg/dl.</p>	<p>Inicia tratamiento psiquiátrico en mayo 2013 para revisión de la medicación que había instaurado su MAP.</p> <p>Exploración física: TA: 120/70 mmhg, FC: 72 lpm, FR: 14 rpm, Glucemia: 116 mg/dl.</p>
Patrón 2	<p>Peso: 68 kg. Talla: 1.60 m. IMC: 26,56 (sobrepeso grado I).</p> <p>Apetito aumentado. Presenta hiperfagia que r/c incremento de ansiedad más acentuada en la noche. Sequedad de bucal.</p> <p>Realiza 3 comidas al día.</p> <p>Ingesta hídrica: 1.5 l/día</p> <p>Refiere que hace tres semanas abandona dieta por dietista ya que en vez de adelgazar refiere que engordó y que tenía más apetito. Señala más apetito por la noche.</p>	<p>Peso: 68,9 kg. IMC: 26,91 (sobrepeso grado I).</p> <p>Continúa con hiperfagia más acentuada en la tarde-noche, aunque señala menor número episodios semanales.</p>
Patrón 3	Estreñimiento.	Sin cambios.
Patrón 4	<p>Autónoma. Señala que ha retomado las caminatas que realizaba con anterioridad pero que no puede realizar ejercicio físico complementario por presentar problemas osteomusculares en rótula.</p> <p>Verbaliza subidas de calor, cansancio, tensión muscular en cuello y espalda, opresión en el pecho y sensación de asfixia.</p>	Verbaliza menor tensión muscular en espalda "...no me noto nada".
Patrón 5	<p>Refiere que duerme aproximadamente 5 o 6 horas en la noche desde que nacieron sus hijos, además añade que no necesita dormir mucho. No realiza siesta.</p> <p>Presenta despertares nocturnos y precisa lorazepam. Comenta presentar pesadillas y sueños que califica como raros desde hace 3 meses. Refiere que no se levanta bien por la mañana.</p>	Se levanta con mejor humor y con sensación de descanso, aunque continúa durmiendo entre 5-6 horas en la noche.

Patrón 6	<p>Consciente y orientada en tiempo, espacio y persona. Hipervigilante, despistada, mareos. Pensamiento organizado y coherente, velocidad del lenguaje normal.</p>	<p>No ha presentado mareos ni sensación vertiginosa, más centrada.</p>
Patrón 7	<p>Tonalidad emocional adecuada al contexto. Refiere ánimo depresivo, llanto fácil e irritabilidad. No ideación autolítica en momento de valoración. Señala que ha aumentado 8 kg desde junio de 2012 pero que percibe buena imagen de su cuerpo. Además, señala que procura cuidarse. Valora su competencia personal como positiva. Se siente agobiada por la situación de salud de sus padres "no veo a mis padres bien..." (señalando el mal control de la diabetes que padecen).</p>	<p>Preocupada por su familia, verbaliza que ya sabe decir que no a las demandas constantes de su familia. Refiere agobio por despido laboral en enero de 2013.</p>
Patrón 8	<p>Baja laboral desde diciembre de 2012. Tiene 7 hermanos y una de ellas falleció a los 55 años en junio de 2012. Su madre tiene 75 años y su padre 76 años. Su estado civil es casada con dos hijos (mujer de 10 años y un varón de 6 años). Es la pequeña de sus hermanos. Su marido trabaja de policía local y asevera padecer mucho miedo a que su marido cambie turnos laborales. Percibe a su marido y familia como sistemas de apoyo esenciales.</p>	<p>Sin variaciones.</p>
Patrón 9	<p>No abortos. Actividad sexual satisfactoria. Refiere que desde hace un año se le adelanta la menstruación una semana.</p>	<p>Permanece igual.</p>
Patrón 10	<p>Según informa, no ha practicado técnicas de relajación con anterioridad. Verbaliza ansiedad y en ocasiones sentirse desconectada de su cuerpo. Calor y dificultades respiratorias, mareos, sensación de agobio (refiere que con el aire se calma) e irritabilidad "estoy a la que salta...todo me molesta...". Cuando está ansiosa apaga la luz, sale a tomar el aire. Ha buscado información para reducir su ansiedad en páginas de internet. Su estado de tensión es agudo más acentuado en la noche. Para resolver el estrés suele tumbarse y aumentar el consumo de alimentos.</p>	<p>Verbaliza que le viene bien la relajación para tomar conciencia y pararse para controlar su ansiedad "se para...". Ha disminuido el dolor pectoral y las dificultades respiratorias.</p>
Patrón 11	<p>Refiere que creen en Dios y que realiza prácticas religiosas de vez en cuando.</p>	<p>Permanece igual.</p>

Tabla 45. Valoración de enfermería por PFS. Paciente 6

De acuerdo con los datos recogidos en la valoración por PFS, entendemos que la hipótesis diagnóstica enfermera más precisa es la siguiente:

Ansiedad r/c crisis situacionales, estrés y amenaza para la función del rol m/p insomnio, mareos, irritabilidad, dificultades respiratorias, sofocaciones, sequedad bucal y aumento de la tensión.

Tabla 46. Diagnóstico enfermero ansiedad. Paciente 6

Paciente 6. Resumen post-intervenciones	
PFS post	Datos relevantes indicativos de mejoría
P4	Menor tensión muscular.
P5	Refiere levantarse de mejor humor, con menor sensación de cansancio.
P6	Disminuye mareos.
P10	Verbaliza mejor control de la respuesta de ansiedad, refiere que ha disminuido dificultad para respirar.
P total	Mejora 4/11.

Tabla 47. Resumen de valoración post-intervenciones. Paciente 6

Tras finalizar las intervenciones enfermeras y apoyándonos en los indicadores NOC, la paciente 6 verbaliza mejor control del nivel de ansiedad en el patrón adaptación-tolerancia al estrés. Además de los datos de la valoración, se desprende funcionalidad parcial en los patrones sueño-descanso, así la paciente verbaliza sensación de descanso por la mañana. En el patrón actividad-ejercicio se aprecia menor tensión muscular, sin embargo en el patrón nutricional metabólico aumento de apetito y de peso. Acude a todas las sesiones programadas y realiza 7 prácticas intersesión en su domicilio.

En general, la paciente verbaliza mejoría relativa con menor dificultad para respirar, menor tensión muscular y opresión en el pecho.

Apoyándonos en los resultados de enfermería *nivel de ansiedad*, el indicador *tensión muscular* cambia desde sustancial (2) a leve (4) y los indicadores *irritabilidad*, *ansiedad verbalizada* y *vértigo* desde sustancial (2) a moderado (3). El indicador *preocupación exagerada por eventos vitales* discurre desde sustancial (2) a leve (4). Además, el indicador *ataque de pánico* aumenta 3

puntos desde sustancial (2) a ninguno (5), el indicador *trastorno del sueño* aumenta 2 puntos desde sustancial (2) a leve (4).

En el resultado *autocontrol ansiedad* destacan los indicadores *refiere dormir de forma adecuada* con un cambio que discurre desde raramente demostrado (2) a frecuentemente demostrado (4) y *refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad, ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad y controla la respuesta de ansiedad* con un aumento de 3 puntos en cada uno, desde raramente demostrado (2) a siempre demostrado (5). También, cabe mencionar un aumento de 4 puntos en el indicador *utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad*, desde nunca demostrado (1) a siempre demostrado (5).

En referencia al resultado conocimiento: conducta sanitaria, destacamos el cambio en el indicador *técnicas efectivas de control de estrés*, desde ningún conocimiento (1) a conocimiento sustancial (4) (Tabla 48).

NOC 1 Nivel de ansiedad (1211)			
Escala de medición: 1 (grave), 2 (sustancial), 3 (moderado), 4 (leve), 5 (ninguno), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
121106 Tensión muscular	2	4	2
121108 Irritabilidad	2	3	1
121117 Ansiedad verbalizada	2	3	1
121118 Preocupación exagerada por eventos vitales	2	4	2
121124 Vértigo	2	3	1
121115 Ataque de pánico	2	5	3
121129 Trastorno del sueño	2	4	2
NOC 2: Autocontrol de la ansiedad (1402)			
Escala de medición: 1 (nunca demostrado), 2 (raramente demostrado), 3 (a veces demostrado), 4 (frecuentemente demostrado), 5 (siempre demostrado), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	1	5	4
140214 Refiere dormir de forma adecuada	2	4	2
140215 Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad	2	4	2
140217 Controla la respuesta de ansiedad	2	4	2
NOC 3: Conocimiento: conducta sanitaria (1805)			
Escala de medición: 1 (ningún conocimiento), 2 (conocimiento escaso), 3 (conocimiento moderado), 4 (conocimiento sustancial), 5 (conocimiento extenso), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
180503 Técnicas efectivas de control de estrés	1	4	3

Tabla 48: Datos destacados de Resultados de Enfermería sugestivos de mejoría clínica.
Paciente 6

3.1.7 Paciente 7

Valoración de Enfermería: Patrones Funcionales de Salud (PFS)		
PFS	Pre-intervenciones	Post-intervenciones
Patrón 1	<p>Aspecto descuidado.</p> <p>Antecedentes personales: NAMC, no HTA, no DM, DLP. no IQ.</p> <p>IQ: histerectomía en 2008.</p> <p>Antecedentes familiares de salud mental: su madre padece una enfermedad neurodegenerativa.</p> <p>Antecedentes personales de salud mental: acude a psiquiatría desde febrero de 2012 y retoma psicología en enero de 2012.</p> <p>Hábitos tóxicos: fumadora de un paquete al día.</p> <p>Refiere que su problema es no saber relajarse "tengo a mi madre mala". No realiza ejercicio físico ni dieta estructurada.</p> <p>Solo acude a MAP para revisiones periódicas de salud. En febrero de 2012 inicia tratamiento en el CSM con psiquiatría.</p> <p>Medicación actual: escitalopram 20 mg: 1-0-0, diazepam 5 mg: 1-0-1.</p> <p>Exploración física: TA: 140/80 mmhg, FC: 72 lpm, FR: 16 rpm, Glucemia: 94 mg/dl.</p>	<p>Aspecto general adecuado.</p> <p>Medicación actual: Venlafaxina 150 mg: 1-0-0, mirtazapina 15 mg: 0-0-1, bromazepam 1.5 mg s/p.</p> <p>Exploración física: TA: 130/88 mmhg, FC: 70 lpm, FR: 15 rpm, Glucemia: 96 mg/dl.</p>
Patrón 2	<p>Peso: 57 kg. Talla: 1.62 m. IMC: 21,72 (normopeso).</p> <p>Apetito disminuido, manifiesta que ha perdido 15 kg en 2 años. Verbaliza comer de todo pero poca cantidad, incluyendo muchas verduras en su dieta.</p> <p>Presenta sequedad de boca y dificultad en la deglución. Realiza 4 comidas al día (De, Co, Me y Ce).</p> <p>Ingesta hídrica: 2 vasos de agua/día y 3 vasos de leche/día.</p> <p>No nauseas ni vómitos.</p>	<p>Peso: 57,5 kg. IMC: 21,91 (normopeso).</p> <p>Ha incrementado el consumo de lácteos, más variedad en su dieta (pescado, carne, lácteos...), menor sequedad de boca.</p>
Patrón 3	<p>Estreñimiento. No toma laxantes.</p>	<p>Se mantiene igual.</p>
Patrón 4	<p>No hace ejercicio físico. Refiere que ha permanecido 15 días sin salir de su casa. Hace recados andando.</p> <p>Expresión facial triste, inexpresiva, tensión muscular más acentuada en cuello y hombros.</p>	<p>Menos tensión muscular corporal, salvo en cuello.</p>
Patrón 5	<p>Refiere que duerme toda la noche, no realiza siestas. Precisa medicación para dormir. Añade, que se levanta cansada y de mal humor.</p>	<p>Se levanta con mejor humor y con sensación de descanso, aunque continúa durmiendo entre 5-6 horas durante la noche.</p>

Patrón 6	<p>Consciente y orientada en tiempo, espacio y persona.</p> <p>Nivel de conciencia normalizado. Verbaliza dificultad para concentrarse “se me olvidan las cosas”. Inhibición. Contenido y curso del pensamiento organizado, velocidad del habla enlentecida.</p>	<p>Refiere que se le olvidan menos las cosas.</p>
Patrón 7	<p>Refiere encontrarse mal de ánimo con ganas de llorar con preocupación y ambivalencia en referencia al cuidado y posible internamiento de su madre.</p>	<p>Manifiesta encontrarse más animada “la tengo que aguantar...”.</p>
Patrón 8	<p>Posee estudios primarios. No trabaja, no recibe remuneración económica. Convive con su madre de 87 años quién padece Alzheimer y con su marido de 63 años que trabaja en un Centro de capacitación agraria. También vive en su casa un hijo de 32 años. Sus hijos de 34 años y 29 años están emancipados. Verbaliza que su madre tenía manías con su marido “se acostaba con las limpiadoras...”, “se dejaba el gas abierto”.</p> <p>Relata en tono triste que tuvo que cerrar su negocio para dedicarse al cuidado de su madre. Verbaliza que su madre no quiere irse con su hermano porque ésta piensa que le van a quitar la casa.</p>	<p>Actualmente remarca que le afectan algo menos las dificultades en la relación con su madre.</p> <p>Su hermano permanece convaleciente de una intervención quirúrgica; comenta que hasta que no esté mejor no pedirá su ayuda para decirle a su madre la posibilidad de que acude a un Centro de Día o Ayuda a Domicilio.</p> <p>Refiere encontrarse más animada al quedarse muchas mañanas cuidando a su nieta “mi nieta me está dando la vida”.</p>
Patrón 9	<p>No abortos. Última menstruación a los 39-40 años. Actividad sexual insatisfactoria.</p>	<p>Igual con respecto a su actividad sexual.</p>
Patrón 10	<p>Según informa no ha practicado relajación con anterioridad.</p> <p>Estado de ansiedad constante. Dificultades respiratorias, dificultad para tragar saliva. Para controlar su ansiedad suele recurrir a bromazepam 1.5 mg</p>	<p>Refiere que le ha venido bien pero que no termina de relajarse. Menos tensión muscular en su cuerpo excepto en su cuello. Verbaliza que controla mejor la ansiedad (menor conducta y manifestación de ansiedad con leve mejoría) “tengo que salir de esto...no tengo que hacer caso a mi madre...”.</p>
Patrón 11	<p>Refiere que cree en Dios pero que no es practicante.</p>	<p>Permanece igual.</p>

Tabla 49. Valoración de enfermería por PFS. Paciente 7

De acuerdo con los datos recogidos en la valoración por PFS, entendemos que la hipótesis diagnóstica enfermera más precisa es la siguiente:

Ansiedad r/c cambio en los patrones de interacción y en la función del rol, crisis situacionales y estrés m/p dificultades respiratorias, irritabilidad, aumento de la tensión, dificultad para para la concentración y sequedad bucal con dificultad para tragar.

Tabla 50. Diagnóstico enfermero ansiedad. Paciente 7

Paciente 7. Resumen post-intervenciones	
PFS post	Datos relevantes indicativos de mejoría
P2	Inclusión de más alimentos en su dieta. Menor sequedad de boca.
P4	Menor tensión corporal excepto en cuello.
P5	Aumenta sensación de descanso y mejor humor en la mañana.
P6	Menos olvidos.
P7	Verbaliza encontrarse más animada, intentando aceptar su situación.
P10	Verbaliza que le ha venido bien las intervenciones recibidas pero que no termina de relajarse del todo.
P total	Mejora 6/11.

Tabla 51. Resumen valoración post-intervenciones. Paciente 7

Tras finalizar las intervenciones enfermeras y apoyándonos en los indicadores NOC, en la paciente 7 se aprecia una leve mejoría en el manejo y nivel de la ansiedad. La paciente verbaliza menor tensión muscular, dificultad para tragar y mayor aceptación de la situación de cuidado informal de su madre. La paciente acude a 7/8 sesiones programadas y realiza 4 prácticas intersesión en su domicilio. Durante las sesiones muestra dificultad para relajarse que se evidencia por sus posturas tensionales en cuello, hombros y cara. Así mismo, en base a los datos de la valoración, en los indicadores NOC apreciamos un grado leve de mejoría en cuanto a su conducta y manifestación de ansiedad.

De acuerdo con los resultados de enfermería *nivel de ansiedad*, los indicadores *tensión muscular* y *ansiedad verbalizada* aumentan 1 punto desde sustancial (2) a moderado (3) e *irritabilidad* se mantiene igual. Los indicadores

preocupación exagerada por los eventos vitales y dificultades para la concentración aumentan también 1 punto en la escala de medición, desde sustancial (2) a moderado (3). En referencia al resultado autocontrol de ansiedad, cabe mencionar el indicador controla la respuesta de ansiedad, con un cambio que evoluciona desde raramente demostrado (2) hasta a veces demostrado (3). Atendiendo a los indicadores *técnicas efectivas de control de estrés y prácticas nutricionales saludables* del resultado *conocimiento: conducta sanitaria*, podemos apreciar un aumento de 1 punto desde conocimiento escaso (2) a conocimiento moderado (3) (Tabla 52).

NOC 1 Nivel de ansiedad (1211)			
Escala de medición: 1 (grave), 2 (sustancial), 3 (moderado), 4 (leve), 5 (ninguno), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
121106 Tensión muscular	2	3	1
121117 Ansiedad verbalizada	2	3	1
121118 Preocupación exagerada por eventos vitales	2	3	1
121112 Dificultades para la concentración	2	3	1
NOC 2: Autocontrol de la ansiedad (1402)			
Escala de medición: 1 (nunca demostrado), 2 (raramente demostrado), 3 (a veces demostrado), 4 (frecuentemente demostrado), 5 (siempre demostrado), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
140217 Controla la respuesta de ansiedad	2	3	1
NOC 3: Conocimiento: conducta sanitaria (1805)			
Escala de medición: 1 (ningún conocimiento), 2 (conocimiento escaso), 3 (conocimiento moderado), 4 (conocimiento sustancial), 5 (conocimiento extenso), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
180501 Prácticas nutricionales saludables	2	3	1
180503 Técnicas efectivas de control de estrés	2	3	1

Tabla 52: Datos destacados de Resultados de Enfermería sugestivos de mejoría clínica. Paciente 7

3.1.8 Paciente 8

Valoración de Enfermería: Patrones Funcionales de Salud (PFS)		
PFS	Pre-intervenciones	Post-intervenciones
Patrón 1	<p>Aspecto cuidado.</p> <p>Antecedentes personales: NAMC, no HTA, no DM, DLP. no IQ. Escoliosis. Hace 1 año presentó parálisis facial con miedo a que se vuelva a repetir en actualidad.</p> <p>Antecedentes familiares de salud mental: hace 10 años su madre recibe tratamiento psiquiátrico.</p> <p>Hábitos tóxicos: no</p> <p>Antecedentes personales de salud mental: alta psicología enero de 2011.</p> <p>Tratamiento psiquiátrico actual: Valium 5 mg: 0-1/2-1/2, venlafaxina 75 mg: 0-1-0. Realiza revisiones periódicas con psiquiatría.</p> <p>Realiza otras revisiones médicas periódicas: medicina interna, ginecología.</p> <p>Exploración física: TA: 120/80 mmhg, FC: 68 lpm, FR: 16 rpm, Glucemia: 95 mg/dl.</p>	<p>Medicación actual: venlafaxina 75 mg: 0-1-0, retiró ansiolíticos.</p> <p>Exploración física: TA: 110/70 mmhg, FC: 68 lpm, FR: 18 rpm, Glucemia: 105 mg/dl.</p>
Patrón 2	<p>Peso: 66,5 kg. Talla: 1.58 m. IMC: 26,64 (sobrepeso grado I).</p> <p>Apetito conservado. Realiza 2 comidas al día, consume menos de 1 litro/día "no me apetece beber agua...".</p> <p>Quejas de sequedad bucal.</p>	<p>Peso: 66 kg. IMC: 26,44 (sobrepeso grado I).</p> <p>Refiere que come menos cantidad y más veces al día, hasta 5 comidas, más organizadas.</p> <p>Aumenta consumo de agua, en actualidad aprox. 1.5 l/día. Manifiesta menor sequedad bucal.</p>
Patrón 3	Sin alteraciones.	Igual.
Patrón 4	<p>Autónoma en su autocuidado y gestión actividades diarias. Presenta temblores en MMII.</p> <p>Expresión facial relajada. No realiza ejercicio físico.</p>	<p>En actualidad camina todos los días aprox. 1 hora, expresa mayor motivación para realizar actividades fuera de casa .Refiere disminución de temblores en MMII.</p>
Patrón 5	<p>Señala padecer somnolencia durante el día. Realiza 2 horas de siesta. Verbaliza dormir toda la noche sin interrupciones.</p>	<p>Verbaliza dificultad para iniciar el día, para levantarse de la cama, menos somnolencia por el día. A nivel general percibe buena calidad de sueño, señala dormir bien.</p>
Patrón 6	<p>Consciente y orientada en tiempo, espacio y persona.</p> <p>Nivel de conciencia normalizado. Verbaliza dificultad para concentrarse y sensación de no estar centrada, aludiendo sensación de bloqueo mental.</p>	<p>Manifiesta menor bloqueo mental y dificultad para prestar atención "estoy centrada...".</p>

Patrón 7	Reactividad emocional adecuada al contexto, competencia personal positiva. Verbaliza agobiarse en sus AVD. Manifiesta ser una persona reservada y no le gusta transmitir sus emociones.	Sin cambios.
Patrón 8	No trabaja, jubilada por enfermedad hace aproximadamente 12 años, refiere que por dolor lumbar por escoliosis. Posee estudio primarios. Competente en sus actividades y gestiones de la vida diaria. Su hermano falleció hace 2 años por ACV. Su padre de 86 años con el que mantiene muy buena relación, vive solo. Su madre falleció hace 10 años. Vive con su marido de 55 años que trabaja en Renfe y su hijo el cuál se ha marchado a estudiar a la universidad de Murcia; éste acude los fines de semana.	Permanece igual.
Patrón 9	No abortos. Embarazo complicado. Última menstruación a los 40 años.	Sin variaciones.
Patrón 10	Practicó relajación anteriormente. No disminuye los estímulos ambientales cuando está nerviosa y no busca información para reducir la ansiedad. Presenta inquietud flotante, refiere sentirse en un estado de tensión constante "vas como una moto...un estado de ansiedad...llevo el cuerpo volando de ataque de nervios...".	Verbaliza menor preocupación generalizada, menor desasosiego, menor sensación de bloqueo del pensamiento "me encuentro bien". No crisis de ansiedad. Señala estar más relajada, le incomodan menos los problemas, se siente mejor consigo misma.
Patrón 11	Refiere que cree en Dios pero que no es practicante.	Igual.

Tabla 53. Valoración de enfermería por PFS. Paciente 8

De acuerdo con los datos recogidos en la valoración por PFS, entendemos que la hipótesis diagnóstica enfermera más precisa es la siguiente:

Ansiedad r/c cambio en función del rol y estrés m/p preocupación, dificultad para la concentración, bloqueo del pensamiento y temblores en MMII.

Tabla 54. Diagnóstico enfermero ansiedad. Paciente 8

Paciente 8. Resumen post-intervenciones	
PFS post	Datos relevantes indicativos de mejoría
P1	Menor sequedad de boca.
P2	Normalización de hábitos alimentarios.
P4	Disminución de temblores en MMII.
P5	Menor somnolencia durante día.
P6	Menor dificultad para la concentración y menor sensación de bloqueo del pensamiento.
P10	Verbaliza encontrarse más relajada, con menor preocupación generalizada y desasosiego.
P total	Mejora 6/11.

Tabla 55. Resumen valoración post-intervenciones. Paciente 8

Tras finalizar las intervenciones de enfermería, apoyándonos en los indicadores NOC descritos, la paciente 8 demuestra menor nivel de ansiedad generalizado e intranquilidad y control de la respuesta de ansiedad frecuentemente demostrado. La paciente señala encontrarse más relajada, menos tensa con menor expresión de preocupaciones por acontecimientos diarios, mayor satisfacción, coincidiendo con los datos recogidos en los criterios de resultado. Acude a todas las sesiones programadas y realiza 7 prácticas intersesión en su domicilio.

De acuerdo con los resultados de enfermería *nivel de ansiedad* el indicador *tensión muscular* aumenta un punto desde moderado (3) a leve (4) y *ansiedad verbalizada* y *preocupación exagerada por eventos vitales* cambian desde sustancial (2) a leve (4). El indicador *dificultades para la concentración* aumenta 1 punto, desde moderado (3) a leve (4). En cuanto al resultado *autocontrol de la ansiedad*, destacamos el indicador *ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad* con un cambio de 1 punto, desde a veces demostrado (3) a frecuentemente demostrado (4) por las quejas de bloqueo mental, sequedad de boca, temblores, verbalizando ausencia de las mismas la mayor parte del tiempo (Tabla 56).

NOC 1 Nivel de ansiedad (1211)			
Escala de medición: 1 (grave), 2 (sustancial), 3 (moderado), 4 (leve), 5 (ninguno), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
121106 Tensión muscular	3	4	1
121117 Ansiedad verbalizada	2	4	2
121118 Preocupación exagerada por eventos vitales	2	4	2
121112 Dificultades para la concentración	3	4	1
NOC 2: Autocontrol de ansiedad (1402)			
Escala de medición: 1 (nunca demostrado), 2 (raramente demostrado), 3 (a veces demostrado), 4 (frecuentemente demostrado), 5 (siempre demostrado), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
140216 Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad	3	4	1

Tabla 56: Datos destacados de Resultados de Enfermería sugestivos de mejoría clínica. Paciente 8

3.1.9 Paciente 9

Valoración de Enfermería: Patrones Funcionales de Salud (PFS)		
PFS	Pre-intervenciones	Post-intervenciones
Patrón 1	<p>Aspecto adecuado, acompañada de su marido.</p> <p>Antecedentes personales: refiere alergia a piel de melocotón, plátano, frutos secos, plantas. No DM, no HTA. No ingresos psiquiátricos ni somáticos de interés.</p> <p>Hábitos tóxicos: no fumadora, niega consumo de alcohol y otras drogas.</p> <p>Antecedentes familiares de salud mental: señala que su madre recibe tratamiento psiquiátrico por depresiones recurrentes.</p> <p>Antecedentes personales de salud mental: Inició tratamiento en el CSM en el año 2005, acudiendo por aquel entonces en una ocasión a consulta de psiquiatría por ansiedad (diazepam 5 mg) y de psicología. Retoma atención en Salud Mental en septiembre de 2012.</p> <p>No posee conocimientos sobre ansiedad “me da la ansiedad y ya está...”, reconoce estar hipervigilante ante cualquier síntoma que se le presente.</p> <p>Realiza revisiones de salud con frecuencia “soy hipocondríaca...me duele algo, me asusto y empiezan las enfermedades...”, su marido afirma que cuando le ocurre esto, piensa que tiene algo</p>	<p>Refiere que está mejor que antes, aunque añade que le están pasando cosas malas (refiriéndose a pequeños contratiempos cotidianos y domésticos como por ejemplo cambio de electrodomésticos, robo de móvil).</p> <p>Verbaliza satisfacción con las intervenciones recibidas.</p> <p>Exploración física: TA: 100/50 mmhg, FC: 60 lpm, y FR: 19 rpm y Glucemia: 95 mg/dl.</p>

Capítulo VI: DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

	<p>malo.</p> <p>Tratamiento actual: psicología, toma infusiones.</p> <p>Exploración física: TA: 100/70 mmhg, FC: 65 lpm, y FR: 18 rpm y Glucemia: 119 mg/dl.</p>	
Patrón 2	<p>Peso: 63 kg. Talla: 1,65 m. IMC: 23,14 (normopeso).</p> <p>Refiere seguir una dieta sana con alto contenido en frutas y hortalizas.</p> <p>Ingesta hídrica: 2 l/día.</p> <p>Presenta náuseas si nerviosismo.</p>	<p>Peso: 63.40 kg. IMC: 23,29 (normopeso).</p> <p>Continúa con buenos hábitos alimentarios.</p> <p>Menor sensación nauseosa.</p>
Patrón 3	<p>Refiere padecer estreñimiento si ansiedad. No laxantes.</p> <p>Resto sin alteraciones manifiestas.</p>	<p>Adecuada eliminación intestinal.</p>
Patrón 4	<p>Autónoma e independiente para sus actividades de la vida diaria. Refiere realizar ejercicio a diario: camina y acude a gimnasio.</p> <p>Expresión facial relajada, cómoda. Abordable.</p> <p>Velocidad del habla y latencia de respuestas normales. Su comportamiento motor es adecuado al contexto.</p> <p>Presenta rigidez y tensión muscular más localizada en los miembros inferiores.</p>	<p>Refiere que abandona el gimnasio por problemas osteomusculares en el cuello.</p> <p>Verbaliza menor rigidez en miembros inferiores.</p>
Patrón 5	<p>Insomnio de mantenimiento que relaciona con su trabajo a turnos y su hijo de 7 años. Verbaliza que se levanta cansada, señala que su sueño es inadecuado, su marido refuerza su opinión.</p>	<p>Continúa con algunos problemas para mantener su sueño durante la noche aún levantándose con sensación de cansancio, aunque en menor grado.</p>
Patrón 6	<p>Consciente y orientada en espacio, tiempo y persona.</p> <p>Nivel de conciencia normal.</p> <p>Presenta vértigos y mareos frecuentes, describiendo su inicio con presión en la cabeza, desrealización cuando le sucede y embotamiento mental; siendo éste último casi a diario según verbalización de la paciente.</p>	<p>Menor sensación vertiginosa y mareos.</p>
Patrón 7	<p>Tonalidad afectiva normal. Preocupada por la obsesión que dice padecer frente a las enfermedades. Cambios de humor.</p> <p>Realiza cuidado corporal a diario con buena percepción de su imagen corporal "me veo bien...".</p>	<p>Refiere encontrarse bien de ánimo, excepto estos últimos días que r/c robo de móvil y otros eventos domésticos.</p> <p>Menos obsesionada con las enfermedades.</p>
Patrón 8	<p>Trabaja en una autopista. Estudios primarios.</p> <p>Independiente a nivel económico, autónoma en la satisfacciones de sus necesidades y AVD, AIVD y AAVD. No tiene personas enfermas su cargo.</p> <p>Composición familiar: convive con su marido de 34</p>	<p>Sin cambios.</p>

	años (actualmente en paro laboral con prestación por desempleo), y su hijo de 7 años (escolarizado). Tiene dos hermanos (42 y 37 años, de los cuales dos están casados y tienen 2 hijos y una hermana de 38 años que convive con su pareja. Sus padres de 64 años viven en el municipio de Águilas al igual que el resto de su familia. No mantiene relación con su familia paterna.	
Patrón 9	No abortos. Menstruación regular. Utiliza anticonceptivos en parche. Refiere satisfacción en su actividad sexual.	Permanece igual.
Patrón 10	Ha practicado anteriormente yoga. Verbaliza padecer sintomatología ansiosa más acentuada en la noche. Presenta irritabilidad “estoy de mala leche...chillo...”, dificultades respiratorias, inquietud y preocupación por las enfermedades con malestar psicológico importante. La paciente comenta que este problema le repercute en su vida diaria. Refiere disminuir los estímulos ambientales cuando está nerviosa, apartándose, hablando con su marido, tomando infusiones relajantes. Ha padecido 3 crisis de ansiedad de carácter grave precisando intervención por servicio de urgencias. Presenta un estado de tensión generalizado afirmando que padece menos ataques de pánico que en el pasado. Para resolverlo insiste en tomar infusiones y apartarse del resto de familia.	Refiere que realiza prácticas de relajación habitualmente y que cuando se nota nerviosa se va a su habitación y se relaja. Maneja estímulos de ansiedad, verbaliza mayor control y manejo de crisis de ansiedad “antes era imposible”. Refiere mejoría en el grupo “...hablar con gente que tiene lo mismo que tú...”, señala haber aprendido con las intervenciones educativas “se me quedó el origen de la ansiedad...”.
Patrón 11	No creencias religiosas.	Permanece igual.

Tabla 57. Valoración de enfermería por PFS. Paciente 9

De acuerdo con los datos recogidos en la valoración por PFS, entendemos que la hipótesis diagnóstica enfermera más precisa es la siguiente:

Ansiedad r/c cambio en los patrones de interacción y estrés m/p preocupación, insomnio, aumento de la tensión, dificultades respiratorias, irritabilidad, náuseas y temor a consecuencias inespecíficas.

Tabla 58. Diagnóstico enfermero ansiedad. Paciente 9

Paciente 9. Resumen post-intervenciones	
PFS post	Datos relevantes indicativos de mejoría
P1	Mejora conocimiento sobre su salud.
P2	Disminuye náuseas.
P3	No estreñimiento.
P4	Menor tensión muscular.
P6	Verbaliza menor sensación de mareos.
P7	Verbaliza encontrarse más animada.
P10	Mejor manejo de crisis de ansiedad.
P total	Mejora 7/11.

Tabla 59. Resumen valoración post-intervenciones. Paciente 9

Al finalizar las intervenciones de enfermería y apoyándonos también en los indicadores NOC, la paciente 9 demuestra un mejor manejo de la ansiedad, menor número y duración de los episodios de ansiedad y de sensación vertiginosa y mareos. Verbaliza que tras terminar las intervenciones, padeció un ataque de ansiedad que supo controlar respaldada por las intervenciones recibidas, verbaliza que le ayudaron. Menor preocupación por acontecimientos y desgracias futuras (consecuencias inespecíficas), manifiesta encontrarse algo más animada. La paciente frecuentemente disminuye los estímulos ambientales cuando está ansiosa con un mejor control de la respuesta de ansiedad. Acude a 7/8 sesiones programadas y realiza 6 prácticas intersesión en su domicilio.

Apoyándonos en los resultados de enfermería *nivel de ansiedad*, los indicadores *irritabilidad* y *tensión muscular* y *preocupación exagerada por eventos vitales* cambian desde sustancial (2) a moderado (3). El indicador *ansiedad verbalizada* aumenta 2 puntos, desde sustancial (2) a leve (4). El indicador *ataque de pánico* aumenta 1 punto desde moderado (3) a leve (4) y el indicador *cambio en las pautas intestinales* 2 puntos desde sustancial (2) a leve (4).

En el resultado *autocontrol ansiedad* destacan los indicadores *controla la respuesta de ansiedad*, *refiere dormir de forma adecuada* y *refiere disminución de la duración de los episodios* con un cambio que discurre desde raramente

demostrado (3) hasta a veces demostrado (5) en el primero, desde a veces demostrado (2) a siempre demostrado (3) en el segundo y desde 3 (a veces demostrado) a 5 (siempre demostrado) si atendemos al último.

En referencia al resultado conocimiento: conducta sanitaria, destacamos el indicador técnicas efectivas de control de estrés con un cambio que evoluciona desde conocimiento escaso (2) a conocimiento sustancial (4) (Tabla 60).

NOC 1 Nivel de ansiedad (1211)			
Escala de medición: 1 (grave), 2 (sustancial), 3 (moderado), 4 (leve), 5 (ninguno), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
121106 Tensión muscular	2	3	1
121108 Irritabilidad	2	3	1
121117 Ansiedad verbalizada	2	4	2
121118 Preocupación exagerada por eventos vitales	2	3	1
121115 Ataque de pánico	3	4	1
121130 Cambio en las pautas intestinales	2	4	2
NOC 2: Autocontrol de la ansiedad (1402)			
Escala de medición: 1 (nunca demostrado), 2 (raramente demostrado), 3 (a veces demostrado), 4 (frecuentemente demostrado), 5 (siempre demostrado), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
140208 Refiere disminución de la duración de los episodios	3	5	2
140214 Refiere dormir de forma adecuada	2	3	1
140217 Controla la respuesta de ansiedad	3	5	2
NOC 3: Conocimiento: conducta sanitaria (1805)			
Escala de medición: 1 (ningún conocimiento), 2 (conocimiento escaso), 3 (conocimiento moderado), 4 (conocimiento sustancial), 5 (conocimiento extenso), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
180503 Técnicas efectivas de control de estrés	2	4	2

Tabla 60: Datos destacados de Resultados de Enfermería sugestivos de mejoría clínica.

Paciente 9

3.1.10 Paciente 10

Valoración de Enfermería: Patrones Funcionales de Salud (PFS)		
PFS	Pre-intervenciones	Post-intervenciones
Patrón 1	<p>Aspecto adecuado.</p> <p>Antecedentes personales: NAMC, no HTA, no DM, no DLP, no enfermedades de interés. IQ: cesárea.</p> <p>Antecedentes familiares de salud mental: hermano en tratamiento en este CSM.</p> <p>Hábitos tóxicos: fumadora de 10-15 cigarros/día. No otras sustancias tóxicas.</p> <p>Reconoce padecer ansiedad "agorafobia...".</p> <p>Realiza sus revisiones de salud pertinentes: Médico Atención Primaria y obstetricia y ginecología.</p> <p>En la actualidad permanece en tratamiento psiquiátrico y psicológico.</p> <p>Medicación actual: paroxetina 20 mg: 1-0-0, "soy antipastillas...", lorazepam 1 mg s/p.</p> <p>Exploración física: TA: 120/80 mmhg, FC: 74 lpm, FR: 15 rpm, Glucemia: 88 mg/dl.</p>	<p>Exploración física: TA: 120/80 mmhg, FC: 74 lpm, FR: 13 rpm, Glucemia: 83 mg/dl.</p> <p>Alta psiquiatría. Continúa tratamiento con psicología.</p>
Patrón 2	<p>Peso: 93 kg. Estatura: 1,67 m. IMC: 33,35 (obesidad tipo I).</p> <p>No sigue pautas alimentarias establecidas.</p> <p>Conoce dieta equilibrada.</p> <p>Realiza 3 comidas al día, señala que no picotea pero que realiza comidas abundantes. Verbaliza abuso de chocolate que r/c menstruación.</p> <p>Ingesta hídrica: 3 l/día. No náuseas, no vómitos.</p> <p>Señala oscilación del apetito y añade que por temporadas presenta angustia.</p> <p>Comenta que hace 2 meses que aumentó 4-5 kg.</p>	<p>Peso: 94 kg. IMC: 33,71 (obesidad tipo I).</p> <p>Refiere que en los últimos meses ha aumentado su consumo en chocolate.</p>
Patrón 3	Sin alteraciones.	Permanece igual.
Patrón 4	<p>Autónoma en ABVD, AIVD y AAVD. No temblores en MMII. No realiza ejercicio físico, sólo camina para hacer sus recados cuando no hace uso de su vehículo. Presenta sudoración generalizada cuando está nerviosa. Sensación de adormecimiento y hormigueo en manos, también tensión muscular generalizada. Señala que cuando aumenta su ansiedad presenta rigidez en el cuello. Habla normal.</p>	<p>Refiere que utiliza menos el coche para realizar recados con la finalidad de realizar alguna actividad física. Disminuye sudoración y tensión muscular.</p>

Patrón 5	Duerme aproximadamente entre 7 y 8 horas en la noche. No precisa medicación para dormir. Se levanta con sensación de sueño no reparador que relaciona con dolor columna vertebral y tensión muscular “ya no tengo el sueño tan profundo desde que nació mi hijo...”.	Sin cambios destacados.
Patrón 6	Consciente y orientada en espacio, tiempo y persona. Nivel de conciencia normal. Vértigos, mareos si presenta ansiedad. Contenido y curso del pensamiento organizado, velocidad y tono del habla normal.	Disminución sensación vertiginosa.
Patrón 7	Tonalidad afectiva y emocional adecuada al contexto, en el momento de la valoración. Actitud y competencia positiva. No irritabilidad. Se describe como una persona positiva. No alteración de su imagen corporal. Verbaliza sentirse agobiada por la crianza de su hija, deseando que ésta fuese más responsable.	Sin variaciones.
Patrón 8	No percibe remuneración económica. Verbaliza que realiza labores de ama de casa. Posee estudios primarios. Acontecimientos vitales estresantes: su padre falleció hace 5 años (a los 74 años) y su madre hace 15 años. (a los 57 años) Tiene dos hermanos de 52 años (separado) y 44 años (soltero). La paciente está casada, su marido tiene 39 años y trabaja como transportista internacional, ambos son padres de una niña de 3 años. La paciente se queja de que se relaciona poco con su marido debido a su trabajo.	Permanece igual.
Patrón 9	No toma anticonceptivos. Sus menstruaciones son regulares y su actividad sexual es satisfactoria. No enfermedades ginecológicas.	Disminución de la libido.
Patrón 10	Refiere que conoció las técnicas de relajación en 2001.No disminuye los estímulos ambientales, le gusta estar sola cuando padece ansiedad. Refiere miedo a marearse y sensación de angustia y malestar constante con tensión generalizada. Hace 5 años las crisis de ansiedad eran más continuas. Recibe apoyo de sus amigas, de la madrina de su hija, y comenta que cuando está ansiosa habla con la gente de lo que le sucede.	No verbaliza ansiedad, no inquietud, no irritabilidad. Demostró interés y haber aprendido durante la intervención educativa. Refiere disminución de los episodios de ansiedad “ha bajado”, controla respuesta de ansiedad “si me diera dolor me siento y respiro” con un control moderado de la situación y menor tensión muscular. Procura afrontar las situaciones ansiógenas y se expone a ellas. Practica todas las noches las técnicas de relajación.
Patrón 11	Verbaliza ser católica no practicante.	Permanece igual.

Tabla 61. Valoración de enfermería por PFS. Paciente 10

De acuerdo con los datos recogidos en la valoración por PFS, entendemos que la hipótesis diagnóstica enfermera más precisa es la siguiente

Ansiedad r/c cambio en los patrones de interacción y función del rol, estrés y conflicto inconsciente sobre los objetivos vitales esenciales m/p preocupación, insomnio, aumento de tensión, sudoración, temor y angustia.

Tabla 62. Diagnóstico enfermero ansiedad. Paciente 10

Paciente 10. Resumen post-intervenciones	
PFS post	Datos relevantes indicativos de mejoría
P4	Utiliza menos el coche para fomentar realizar actividad física. Disminuye sudoración y tensión muscular.
P6	Menor sensación vertiginosa.
P10	No verbaliza ansiedad ni irritabilidad. Menor nivel de ansiedad y mejor control de la respuesta de ansiedad. La paciente intenta exponerse a situaciones que le generan ansiedad.
P total	Mejora 3/11.

Tabla 63. Resumen valoración post-intervenciones. Paciente 10

Al finalizar las intervenciones de enfermería, la paciente 10 refiere mejor control de la respuesta de ansiedad, señala disminución de vértigo y sudoración, sin embargo se queja de problemas para concentrarse. De otro lado, destaca menor tensión muscular, irritabilidad y ansiedad verbalizada y utilización de las técnicas de relajación aprendidas, siguiendo los indicadores NOC. Manifiesta afrontar la ansiedad de forma más adaptativa haciendo uso de las técnicas de relajación aprendidas durante las intervenciones enfermeras. Añade que realiza prácticas a diario y que se siente más descansada y relajada. Durante las sesiones, denota interés en la parte educativa, realizando preguntas y colaborando en el desarrollo de las mismas. Acude a 6/8 sesiones programas, realizando 5 prácticas intersesión en su domicilio.

Apoyándonos en los resultados de enfermería *nivel de ansiedad*, el indicador y *tensión muscular* cambian desde sustancial (2) a leve (4); *irritabilidad* y *ansiedad verbalizada* aumentan 2 puntos, desde sustancial (2) a ninguno (5).

El indicador *preocupación exagerada por los eventos vitales* aumenta 1 punto desde moderado (3) a leve (4) y *ataque de pánico* 2 puntos desde moderado (3) a ninguno (5).

En el resultado *autocontrol ansiedad* destacan los indicadores *controla la respuesta de ansiedad* desde a veces demostrado (3) a frecuentemente demostrado (4) y *ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad* desde raramente demostrado (2) a frecuentemente demostrado (4).

Atendiendo al resultado conocimiento: *conducta sanitaria*, destacamos el cambio en la puntuación del indicador *técnicas efectivas de control de estrés* desde 3 (conocimiento moderado) a 5 (conocimiento extenso) (Tabla 64).

NOC 1 Nivel de ansiedad (1211)			
Escala de medición: 1 (grave), 2 (sustancial), 3 (moderado), 4 (leve), 5 (ninguno), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
121106 Tensión muscular	2	4	2
121108 Irritabilidad	2	5	3
121117 Ansiedad verbalizada	2	5	3
121118 Preocupación exagerada por eventos vitales	3	4	1
121115 Ataque de pánico	3	5	2
NOC 2: Autocontrol de la ansiedad (1402)			
Escala de medición: 1 (nunca demostrado), 2 (raramente demostrado), 3 (a veces demostrado), 4 (frecuentemente demostrado), 5 (siempre demostrado), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
140216 Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad	2	4	2
140217 Controla la respuesta de ansiedad	3	4	1
NOC 3: Conocimiento: conducta sanitaria (1805)			
Escala de medición: 1 (ningún conocimiento), 2 (conocimiento escaso), 3 (conocimiento moderado), 4 (conocimiento sustancial), 5 (conocimiento extenso), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
180503 Técnicas efectivas de control de estrés	3	5	2

Tabla 64: Datos destacados de Resultados de Enfermería sugestivos de mejoría clínica. Paciente 10

3.1.11 Paciente 11

Valoración de Enfermería: Patrones Funcionales de Salud (PFS)		
PFS	Pre-intervenciones	Post-intervenciones
Patrón 1	<p>Aspecto adecuado, aseada.</p> <p>Hábitos tóxicos: 1 paquete tabaco al día. No alcohol ni otras drogas. Antecedentes personales: intolerancia al ácido clavulánico. Hipotensión arterial. NO DM. no DLP, no enfermedades de interés.</p> <p>Antecedentes familiares de salud mental: hermano de 29 años en tratamiento psiquiátrico en este CSM por adicción a sustancias tóxicas.</p> <p>En la actualidad permanece en tratamiento psiquiátrico y psicológico.</p> <p>Conocimiento de su problema de salud: "me han dicho que agorafobia...miedo a salir a la calle...". Refiere ser muy maniática ..."si no lo hago me va a pasar algo malo...es una manera de hacerme daño...".</p> <p>Verbaliza que las manías le causan ansiedad. Presente elevado malestar psicológico y hace crítica del carácter absurdo de las mismas. Realiza sus revisiones de salud rutinarias.</p> <p>Medicación actual: sertralina 100 mg: 0-1-0, diazepam 5 mg: 1-0-1. Refiere que a veces se le olvida tomarse la medicación.</p> <p>Cree que necesita ayuda.</p> <p>Exploración física: TA: 90/50 mmhg, FC: 63 lpm, FR: 15 rpm, Glucemia 111 mg/dl.</p>	<p>Reduce medicación ansiolítica (diazepam 5 mg: ½-0-¾.</p> <p>Exploración física: 100/50 mmhg, FC: 64 lpm, FR: 16 rpm, Glucemia: 125 mg/dl.</p>
Patrón 2	<p>Peso: 43,9 kg. Estatura: 1,61 m. "me gustaría estar más llena...". IMC: 16,94 (peso insuficiente).</p> <p>Apetito conservado. No náuseas ni vómitos. Refiere que presenta dolor en el estómago.</p> <p>No conoce dieta equilibrada, comenta que come de todo, no alimentos prohibidos.</p> <p>Alimentos que le gustan: arroz con habichuelas, patatas a lo pobre etc.</p>	<p>Peso: 44,3 kg. IMC: 17,09 (peso insuficiente).</p> <p>Disminuye apetito que r/c con toma de medicación antituberculosa por contacto de una amistad (cemidon 300 mg). Señala que picotea bastante.</p> <p>Continúa verbalizando dolor en el estómago que también r/c con medicación antituberculosa.</p> <p>Verbaliza conocimiento pero no lo pone en práctica "tengo conocimiento pero no lo hago". Su novio hace la compra ya que en la actualidad permanece en paro laboral, mientras que la paciente se ha incorporado al trabajo en las últimas sesiones con buena adaptación referida.</p>

Capítulo VI: DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

Patrón 3	Sin estreñimiento que r/c hábito tabáquico, lo retomó hace 5 años. Resto sin alteraciones.	Igual.
Patrón 4	Autónoma en sus actividades diarias. Le gusta patinar, andar, salir de paseo con su pareja. No sudoración. Adormecimiento y tensión muscular en MMII. Refiere hormigueo en brazo izquierdo y dolor pectoral. Expresión facial tensa, verborreica.	Menor tensión muscular verbalizada, solo en una ocasión a nivel de musculatura del cuello.
Patrón 5	Verbaliza acostarse por la noche tarde "sueño descontrolado", duerme una media de 6 horas. Hace siestas largas (2-3 horas). Se levanta cansada. Precisa medicación para dormir, se administra en la noche $\frac{3}{4}$ de diazepam 5 mg.	Refiere que duerme menos durante el día "ya no me echo la siesta...".
Patrón 6	Consciente y orientada en espacio, tiempo y persona. Nivel de conciencia normal. Manifiesta déficit de atención que relaciona con estrés y dificultad para concentrarse en sus tareas cotidianas "me apunto la medicación". Verbaliza mareos por las mañanas.	Sin cambios manifiestos.
Patrón 7	Presenta baja autoestima en actualidad que r/c relación conflictiva con su pareja anterior. "me hizo sentir que no valía nada..." con culpabilidad verbalizada. Se describe como delgada "pero como mucho...". Presenta ánimo bajo y preocupación por todo. Miedo a volverse loca por manías y pensamientos recurrentes que le provocan malestar "presión en las sienes...de tanto pensar...". Irritable.	Señala bajo ánimo por preocupación por pruebas diagnósticas TAC tórax, cultivo esputo, ecografía pélvica.
Patrón 8	Relata que su ex-pareja la maltrató psicológicamente en el pasado. Actualmente permanece en baja laboral, trabaja como dependiente en una tienda de ropa. Convive con su pareja actual de 24 años y su hija de 6 años de su anterior relajación. Tiene 2 hermanos de 13 y 29 años que viven con sus padres y una hermana de 26 años casada y emancipada con 2 hijos. Mantiene relaciones estrechas y satisfactorias con su hermana y distantes con su hermano mayor de 29 años, fuente de ansiedad importante.	Se incorpora a su trabajo. Presenciamos a su hermano en el centro en el marco de un episodio de alteración conductual, agresividad verbal, en el cuál su hermano (2ª sesión) padeció un episodio de ansiedad que pudo disminuir con ayuda del grupo y del entrenamiento en manejo de la respuesta de ansiedad.

Patrón 9	No anticonceptivos. Menstruación regular. Tuvo un aborto provocado por presión familiar a los 15 años, llora durante la consulta explicando que ella si quería tener ese hijo. Refiere que desde que toma la medicación, las relaciones sexuales no son satisfactorias y su deseo ha disminuido.	Sin variaciones.
Patrón 10	Verbaliza padecer agorafobia “como si me mareara...”. No conoce las técnicas de relajación, no las ha practicado previamente. Presente inquietud, dificultades respiratorias, desasosiego, preocupación por todo que relaciona con problemas psiquiátricos de su hermano. No busca información sobre ansiedad.	Refiere menos episodios de ansiedad con menor duración de los mismos “he sabido tranquilizarme...”. Verbaliza preocupación r/c incertidumbre resultados pruebas diagnósticas. Señala que controla mejor su respuesta de ansiedad “la controlo respirando...me encierro y me pongo a respirar...intento no tener que tomar pastillas...antes huía cuando ansiedad...ahora intento sobrellevarla...me aguanto y respiro...estoy en almacén y me digo calma cuando me vienen las manías tontas...”, “...lo de la puerta lo hago menos...antes hasta 20 veces ahora menos...”.
Patrón 11	Se describe como creyente...”soy muy creyente y no quería abortar...veía que estaba formado..”.	Permanece igual.

Tabla 65. Valoración de enfermería por PFS. Paciente 11

De acuerdo con los datos recogidos en la valoración por PFS, entendemos que la hipótesis diagnóstica enfermera más precisa es la siguiente

Ansiedad r/c cambio en los patrones de interacción, cambio en la función del rol y estrés m/p preocupación, dificultades respiratorias, insomnio, tensión muscular, irritabilidad y temor.

Tabla 66. Diagnóstico enfermero ansiedad. Paciente 11

Paciente 11. Resumen post-intervenciones	
PFS post	Datos relevantes indicativos de mejoría
P4	Disminuye quejas de tensión muscular.
P5	Mejora hábitos de sueño durante el día.
P8	Se incorpora al trabajo tras baja laboral.
P10	Menor nivel de ansiedad y aumento del autocontrol de su ansiedad, también disminución de conductas de huida.
P total	Mejora 4/11.

Tabla 67. Resumen valoración post-intervenciones. Paciente 11

Tras finalizar las intervenciones enfermeras, la paciente 11 señala que controla mejor su respuesta a la ansiedad beneficiándose de las actividades recibidas. En referencia a los indicadores NOC destacamos un cambio en las puntuaciones en el criterio de resultado *nivel de ansiedad* en concreto destacamos los indicadores de *ansiedad verbalizada* y *preocupación exagerada por eventos vitales* aumentado la puntuación de la escala desde sustancial (2) a leve (4) y *ataques de pánico* de sustancial (2) a ninguno (5) al finalizar las intervenciones.

En el resultado *autocontrol de ansiedad* remarcamos los indicadores *mantiene el desempeño del rol* con una puntuación de nunca demostrado (1) a siempre demostrado (5) al finalizar las intervenciones, el indicador *ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad* que discurre de raramente demostrado (2) a siempre demostrado (5).

Si atendemos el resultado conocimiento: conducta sanitaria, cabe mencionar el indicador técnicas efectivas de control de estrés con un cambio que discurre desde conocimiento escaso (2) a conocimiento sustancial (4) (Tabla 68).

Verbaliza utilizar efectivamente las técnicas de relajación para afrontar los episodios de ansiedad. Manifiesta ponerse menos tensa cuando piensa en dificultades o asuntos cotidianos. Mantiene el desempeño de su rol habitual, incorporándose al trabajo. Acude a todas las sesiones programadas y realiza 6 prácticas intersesión en su domicilio.

NOC 1 Nivel de ansiedad (1211)			
Escala de medicación: 1 (grave), 2 (sustancial), 3 (moderado), 4 (leve), 5 (ninguno), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
121117 Ansiedad verbalizada	2	4	2
121118 Preocupación exagerada por eventos vitales	2	4	2
121115 Ataque de pánico	2	5	3
NOC 2: Autocontrol de ansiedad (1402)			
Escala de medicación: 1 (nunca demostrado), 2 (raramente demostrado), 3 (a veces demostrado), 4 (frecuentemente demostrado), 5 (siempre demostrado), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
140210 Mantiene el desempeño del rol	1	5	4
140216 Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad	2	5	3
NOC 3: Conocimiento: conducta sanitaria (1805)			
Escala de medición: 1 (ningún conocimiento), 2 (conocimiento escaso), 3 (conocimiento moderado), 4 (conocimiento sustancial), 5 (conocimiento extenso), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
180503 Técnicas efectivas de control de estrés	2	4	2

Tabla 68: Datos destacados de Resultados de Enfermería sugestivos de mejoría clínica. Paciente 11

3.1.12 Paciente 12

Valoración de Enfermería: Patrones Funcionales de Salud (PFS)		
PFS	Pre-intervenciones	Post-intervenciones
Patrón 1	<p>Aspecto adecuado, cuidado.</p> <p>Antecedentes personales: NAMC, no HTA, no DLP. Migrañas. IQ: tendón rodilla derecha.</p> <p>Antecedentes familiares de salud mental: padre en tratamiento con ansiolíticos por MAP.</p> <p>Antecedentes personales de salud mental: en tratamiento psicológico.</p> <p>Medicación actual: flunarizina 5 mg 0-0-2, lorazepam 1 mg s/p.</p> <p>Refiere padecer ansiedad "...me da ansiedad, no puedo respirar con llanto...claustrofobia...no puedo estar en casa...".</p> <p>Exploración física: TA: 100/80 mmHg, FC: 80 lpm, FR: 18 rpm, Glucemia: 99 mg/dl.</p>	<p>Exploración física: TA: 110/60 mmHg, FC: 80 lpm, FR: 17 rpm, Glucemia: 107 mg/dl.</p> <p>Continúa tomando lorazepam 1 mg s/p.</p> <p>Sigue presentando migrañas.</p>
Patrón 2	<p>Peso: 61 kg, estatura: 1,67 m. IMC: 21,87 (normopeso).</p> <p>Refiere que ha perdido 11 kg desde marzo de 2011 que r/c fallecimiento madre. Ha recuperado 3 kg. Reconoce que su dieta no es equilibrada y que</p>	<p>Peso: 61,5 kg. IMC: 22.05 (normopeso).</p> <p>Señala conocer mejor el concepto y contenido de una dieta equilibrada pero no lo lleva a la práctica.</p>

Capítulo VI: DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

	<p>come fatal (bollería, pizzas).</p> <p>Realiza 4 comidas en el día (desayuno, comida, merienda y cena). Picotea mucho entre horas que relaciona con su problema de ansiedad. Ingesta hídrica: 1.5 l/día.</p>	
Patrón 3	<p>Presenta episodios diarreicos que atribuye a elevado estado de nerviosismo “soy muy nerviosa...”.</p>	<p>Refiere menos episodios diarreicos.</p>
Patrón 4	<p>Autónoma en sus actividades diarias y en sus autocuidados. Le gusta bailar, la natación, caminar por la playa e ir al cine.</p> <p>Expresión facial relajada. Acude a clases de baile 3 veces por semana.</p>	<p>Sin cambios destacados.</p>
Patrón 5	<p>Presenta insomnio de mantenimiento y de conciliación desde el fallecimiento de su madre.</p> <p>Precisa tomar lorazepam 1 mg para iniciar el sueño. No realiza siestas.</p>	<p>Refiere que se acuesta tarde (3-4 AM), verbaliza que duerme fatal y que se levanta tarde cuando no tiene obligaciones ese día.</p>
Patrón 6	<p>C y O en tiempo, espacio y persona. Afirma dificultad para centrar la atención.</p> <p>Su discurso es estructurado y coherente sin alteración del curso ni contenido del pensamiento.</p>	<p>Sin cambios.</p>
Patrón 7	<p>Refiere sentirse agobiada y presionada por su abuela y padre “me quieren proteger...se piensan que tengo 3 años...”.</p> <p>En las últimas semanas se encuentra más irritable, con cambios de humor. Prefiere no hablar con su familia para evitar discusiones.</p> <p>Expresión emocional adecuada.</p> <p>Verbaliza estar desganada.</p>	<p>Continúa percepción de presión y agobio por parte de su familia. Señala sentirse desanimada, irritable, tristeza que relaciona con imposibilidad para irse de su casa al no estar trabajando; reitera sentirse agobiada, vigiada y presionada por su padre y la falta de su madre “fue mi cumple...mi madre no estaba...”.</p>
Patrón 8	<p>En paro desde 31/08/2012 “me dejé yo el trabajo, no me gustaba..me daba por llora”. Paro laboral, verbaliza necesidad de encontrar un trabajo para emanciparse del núcleo familiar.</p> <p>En marzo de 2011 fallece su madre.</p> <p>Finalizó en junio de 2012 un ciclo superior de administración y finanzas.</p> <p>Recibe apoyo de sus amigas. Ruptura pareja en septiembre de 2012.</p>	<p>Continúa con paro laboral, manifestando búsqueda activa de empleo, aunque en una ocasión comentó que su abuela le ha comprado un traje muy caro para carnaval y que no le gustaría tener que irse fuera de Águilas a trabajar y no poder agradecerla.</p> <p>Afirma que su padre no acepta la muerte de su mujer.</p>
Patrón 9	<p>No anticonceptivos. Menstruación irregular.</p>	<p>Refiere que su menstruación se ha regularizado.</p>
Patrón 10	<p>Refiere estar irritable, con ansiedad, palpitaciones, dificultades respiratorias, adormecimiento del brazo izquierdo, sudoración en manos.</p> <p>No hace nada si padece ansiedad salvo tomar lorazepam.</p>	<p>Refiere haber practicado relajación de forma continuada. Señala estar más agobiada por la conducta de su padre “me quiere acompañar a salir...”. Manifiesta que un mes antes de empezar el grupo de relajación padeció una</p>

	No busca información, no conoce su problema de ansiedad. Todo le preocupa.	crisis de ansiedad fuerte y que tras este episodio no ha vuelta a padecer ninguna más. Preocupada porque quiere irse de su casa y no depender de lo que diga su padre. Disminuye los estímulos ambientales cuando está nerviosa y también usa la distracción informal (sale, va de tiendas, se distrae..). Verbaliza controlar los ataques de pánico. Para calmarse se va a baile, respira, se ducha, etc. Percibe apoyo de sus amigas y presión emocional por parte de su abuela y padre “no puedo hacer lo que yo quiero...me ponen nerviosa”.
Patrón 11	No prácticas religiosas.	Permanece igual.

Tabla 69. Valoración de enfermería por PFS. Paciente 12

De acuerdo con los datos recogidos en la valoración por PFS, entendemos que el diagnóstico enfermero más preciso es la siguiente:

Ansiedad r/c cambio en los patrones de interacción, cambio en la función del rol y crisis situacional m/p nerviosismo, insomnio, diarrea, palpitaciones, dificultades respiratorias y sudoración en manos.

Tabla 70. Diagnóstico enfermero ansiedad. Paciente 12

Paciente 12. Resumen post-intervenciones de los patrones que mejoran	
PFS post	Datos relevantes indicativos de mejoría
P2	Aumenta conocimiento nutricional.
P3	Menos episodios diarreicos.
P8	Menstruación regular.
P10	Mejora manejo de manifestaciones de ansiedad: palpitaciones, dificultades respiratorias, sudoración en manos.
P total	Mejora 4/11.

Tabla 71. Resumen valoración post-intervenciones. Paciente 12

Acude a todas las sesiones previstas. Al finalizar las intervenciones de enfermería y apoyándonos en los indicadores NOC la paciente 12 presenta menor inquietud, tensión muscular y sudoración en manos. En referencia a los indicadores NOC destacamos un cambio en las puntuaciones en el criterio de resultado *nivel de ansiedad*. Los indicadores del criterio de resultado *nivel de ansiedad* muestran un aumento en las puntuaciones. Destacamos *inquietud*, *ansiedad verbalizada* y *preocupación exagerada por los eventos vitales* con un cambio en la escala de medida desde sustancial (2) a leve (4). Apoyándonos en el criterio de resultado *autocontrol de ansiedad*, destacamos los indicadores *refiere disminución de la duración de los episodios* con un cambio desde 3 (a veces demostrado) a 5 (siempre demostrado) y *controla la respuesta de ansiedad* que varía desde raramente demostrado (2) a frecuentemente demostrado (4). En cuanto al criterio de resultado *conocimiento: conducta sanitaria*, mostramos los indicadores *prácticas nutricionales saludables* con una mejoría que discurre desde conocimiento escaso (2) a conocimiento sustancial (4), como también la paciente verbaliza durante la valoración final. Además, remarcamos el indicador *técnicas efectivas de control de estrés* con un cambio que discurre desde ningún conocimiento (1) a conocimiento sustancial (4) (Tabla 72).

Durante las sesiones se muestra nerviosa, agitando manos y piernas con problemas para mantener la calma durante la realización de las técnicas de relajación. Sin embargo, a medida que avanza en la práctica tanto en el Centro como en su domicilio, se muestra con mayor control y dominio y menor estado de ansiedad manifiesto. Realiza 6 prácticas intersesión. Continúa con estado de irritabilidad en el contexto de las relaciones familiares, expresando deseo de marcharse de su casa si encuentra un empleo. Según verbaliza la paciente, no ha experimentado ninguna crisis de ansiedad durante las sesiones programadas y que se siente bastante calmada. Además a nivel físico, señala que se ha regularizado su menstruación.

NOC 1 Nivel de ansiedad (1211)			
Escala de medición: 1 (grave), 2 (sustancial), 3 (moderado), 4 (leve), 5 (ninguno), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
121105 Inquietud	2	4	2
121117 Ansiedad verbalizada	2	4	2
121118 Preocupación exagerada por eventos vitales	2	4	2
NOC 2: Autocontrol de la ansiedad (1402)			
Escala de medición: 1 (nunca demostrado), 2 (raramente demostrado), 3 (a veces demostrado), 4 (frecuentemente demostrado), 5 (siempre demostrado), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
140208 Refiere disminución de la duración de los episodios	3	5	2
140217 Controla la respuesta de ansiedad	2	4	2
NOC 3: Conocimiento: conducta sanitaria (1805)			
Escala de medición: 1 (ningún conocimiento), 2 (conocimiento escaso), 3 (conocimiento moderado), 4 (conocimiento sustancial), 5 (conocimiento extenso), NA			
Indicadores	Pre	Post	Cambio
180501 Prácticas nutricionales saludables	2	4	2
180503 Técnicas efectivas de control de estrés	1	4	3

Tabla 72: Datos destacados de Resultados de Enfermería sugestivos de mejoría clínica. Paciente 12

3.2 Evolución del estado de los PFS

A continuación mostramos los cambios en el estado de los PFS apoyándonos en el análisis descriptivo de los mismos, como podemos observar en los datos recogidos en las tablas 75 y 76. En la primera tabla, presentamos el estado de los patrones antes de las intervenciones enfermeras y la evolución en el estado de los mismos y en la segunda, la media de PFS que mejoran después de las intervenciones enfermeras. Ambas tablas se acompañan de sus gráficos correspondientes.

En cuanto al Patrón 1 percepción-mantenimiento de la salud (P1), antes de la intervención, un 83,3% se disponía disfuncional y un 16,7% funcional. Tras las intervenciones, un 33,3% se mantiene disfuncional, un 16,7% se mantiene funcional, un 50% evoluciona de disfuncional a mejora.

Entendemos la mejoría y funcionalidad del P1 en el sentido del aumento de conocimientos sobre su problema de salud con la consiguiente adherencia a las

recomendaciones terapéuticas. En algunos casos, como podemos observar en las tablas de valoración de enfermería por PFS, las pacientes mejoran los valores de los parámetros físicos e incluso algunas mujeres verbalizan reducción de ansiolíticos, encontrarse mejor en cuanto a su salud general e incluso haber recibido el alta por otros profesionales del centro.

El total de mujeres de la muestra presentaba el Patrón 2 nutricional-metabólico (P2) disfuncional. Tras las intervenciones un 33,3% se mantiene disfuncional, un 50% pasa de disfuncional a mejora y un 16,7% discurre de disfuncional a funcional.

Se aprecia una mejoría y funcionalidad del P2 relacionada con el aumento de apetito en mujeres que presentaban apetito disminuido antes de las intervenciones, disminución de náuseas, (malestar digestivo) normalización de la ingesta hídrica y mejoría de los hábitos alimentarios diurnos y nocturnos.

En referencia al Patrón 3 eliminación (P3), un 75% se encontraba disfuncional y un 25% funcional. Al finalizar las intervenciones enfermeras un 25% permanece disfuncional, un 25% se mantiene funcional, un 8,3% pasa de disfuncional a mejora y un 41,7 evoluciona de disfuncional a funcional.

Se observa una mejoría y funcionalidad del P3 apoyándonos en la normalización del patrón acaecida en las pacientes de la muestra. Así, en algunos casos desaparece el estreñimiento y episodios diarreicos previos, además del malestar subjetivo.

Deteniéndonos en el Patrón 4 actividad-ejercicio (P4), el 83,3% de la muestra se encuentra disfuncional y un 16,7% funcional. Tras finalizar las intervenciones enfermeras, un 16,7% se mantiene disfuncional, un 16,7 permanece funcional, un 66,7% evoluciona de disfuncional a mejora.

Se contempla una mejoría y funcionalidad del P4, que podemos entender en un contexto de disminución de temblores, sudoración, tensión muscular y rigidez previos, además de un aumento de la actividad física y tiempo de ocio.

Antes de las intervenciones, el patrón 5 sueño-descanso (P5) se presentaba en un 91,7% disfuncional y en un 8,3% funcional. Después de las intervenciones enfermeras, un 33,3% se mantiene disfuncional, un 8,3% permanece funcional, un 41,7% discurre de disfuncional a mejora y un 16,7% evoluciona de disfuncional a funcional.

En el P5 se aprecia la mejoría y funcionalidad relacionada con la mejoría en la percepción y satisfacción personal del funcionamiento del patrón (percepción de idoneidad, mejoría y descanso). En algunos casos se produce normalización o mejoría de los problemas relacionados con el sueño, como la dificultad para iniciar y mantener el sueño, sensación de descanso y de mejor humor al levantarse, en algún caso la paciente refiere dormir menos durante el día con menor somnolencia diurna. Sin embargo, en otros casos verbalizan continuar con los problemas de sueño que ya presentaban. Si nos detenemos en un caso concreto, la paciente 3 señala que con el aprendizaje en técnicas de relajación consiguió iniciar el sueño evitando la toma de hipnóticos.

En referencia al patrón 6 cognitivo-perceptual (P6), un 66,6% se presenta disfuncional y un 33,3% funcional. Tras las intervenciones encontramos que un 33,3% se mantiene funcional, un 58,3% pasa de disfuncional a mejora y un 8,3% evoluciona de disfuncional a funcional.

Entendemos una mejoría y funcionalidad del P6 en relación con una menor dificultad para concentrarse y centrar la atención, disminución de la sensación de mareos y quejas de olvidos.

Atendiendo al Patrón 7 autopercepción-autoconcepto (P7), un 83,3% se muestra disfuncional y un 16,7% funcional. Después de la implementación de las intervenciones, un 25% se mantiene disfuncional, un 16,7% sigue funcional, un 41,7% discurre de disfuncional a mejora y un 16,7% evoluciona de disfuncional a funcional.

Apreciamos una mejoría y funcionalidad del P7 en referencia al cambio en el estado afectivo con percepción de mejoría en el ánimo y del autoconcepto con una reactividad emocional más positiva. Además en algunos casos, encontramos una mejor aceptación de la situación personal.

En cuanto al Patrón 8 (P8) rol-relaciones, un 75% se presenta disfuncional y un 25% funcional. Tras las intervenciones un 25% se mantiene disfuncional, un 25% permanece funcional, un 41,7% discurre de disfuncional a mejora y un 8,3% evoluciona desde disfuncional a funcional.

Así mismo, en el P8 se aprecia una mejoría y funcionalidad atendiendo a un mayor grado de satisfacción en la percepción de las relaciones familiares en unos casos y en otros relacionada con la incorporación al trabajo.

Atendiendo al Patrón 9 sexualidad-reproducción (P9), un 41,7% se presenta disfuncional y un 58,3% funcional. Tras las intervenciones, un 25% se mantiene disfuncional, un 50% permanece funcional, un 16,7% discurre de disfuncional a funcional y un 8,3% pasa de funcional a disfuncional.

Se observa mejoría y funcionalidad en el P9 en la muestra en relación con los cambios percibidos en las relaciones sexuales y normalización de la menstruación en algún caso. Cabe mencionar que en un caso se produce empeoramiento del patrón por disminución del deseo sexual.

Atendiendo al Patrón 10 afrontamiento-tolerancia al estrés (P10), esencial en la investigación y apoyándonos en la colección y análisis de los datos obtenidos en la valoración, podemos llegar a un juicio sobre disfuncionalidad del patrón adaptación tolerancia al estrés en el 100% de la muestra objeto de estudio. Después de recibir las intervenciones enfermeras, un 58,3% cambia desde disfuncional a mejora y un 41,7% evoluciona desde disfuncional a funcional.

El patrón adaptación-tolerancia al estrés establece y describe las diferentes formas o estrategias de afrontamiento de la persona, la capacidad de adaptación a los cambios, la formas de controlar el estrés, hábitos de la persona para

manejar situaciones estresantes, así como los sistemas de apoyo. La mejoría y funcionalidad del patrón establece relación en este sentido. Así, entendemos una mejoría clínica encaminadas a promover cambios en la respuesta habitual de adaptación de las pacientes. Como podemos apreciar en la valoración del patrón 10, tras las intervenciones las pacientes refieren encontrarse mejor con una disminución y duración de los episodios de ansiedad, además de un mejor manejo y control de tales episodios con menores niveles de ansiedad, como podemos ver en el epígrafe de criterios de resultado enfermero. En algunos casos, las propias pacientes remarcan que el carácter educativo de las intervenciones les ha ayudado a asimilar y comprender su problema y a aprender herramientas para afrontarlo y controlarlo de manera adaptativa, más ajustada a cada situación, así como podemos apreciar en los resultados del criterio de resultado *conocimiento: conducta sanitaria*.

Si bien, al finalizar las intervenciones enfermeras en el área de la ansiedad, entendemos que no todos los PFS se encuentran modificados tras la provisión de cuidados en la misma proporción. Si nos detenemos en los PFS que con más frecuencia mejoran en las pacientes del estudio, apoyándonos en los datos de la valoración, entendemos que la información que mostramos en la siguiente tabla, resume la respuesta humana de las pacientes que evoluciona favorablemente.

PFS	Información sugestiva de mejoría
Patrón adaptación-tolerancia al estrés (P10)	Mejor control y manejo de la respuesta de ansiedad con disminución del nivel de ansiedad, con respuestas humanas más adaptativas.
Patrón actividad-ejercicio (P4)	Disminución de temblores, tensión muscular, sudoración, mayor apetencia y deseo por realizar y participar en actividades de consumo de energía.
Patrón nutricional-metabólico (P2)	Mejora el déficit o exceso de apetito previos y los hábitos alimentarios, además de conocimientos sobre alimentos y dieta equilibrada
Patrón cognitivo-perceptual (P6)	Disminución de sensación de mareo y dificultad para la concentración.

Tabla 73: Resumen de datos de mejoría de los PFS más frecuentes en la muestra de estudio

Atendiendo al carácter interdependiente de los patrones, entendemos que la mejoría en el estado y nivel de ansiedad de las pacientes puede influir en otros patrones que también se presentaban alterados antes de las intervenciones enfermeras, indicativos de posibles factores relacionados con el problema de ansiedad. Deteniéndonos en estos patrones, a nivel general encontramos relevante la siguiente información de la valoración sugestiva de mejora y/o de cambio a un estado de funcionalidad en las pacientes del estudio, que mostramos en la siguiente tabla.

PFS	Información sugestiva de mejoría
Patrón eliminación (P3)	Normalización de hábito intestinal.
Patrón sueño-descanso (P5)	Mejoría relacionada con el aumento en la sensación de descanso.
Patrón auto percepción- autoconcepto (P7)	Estados afectivos positivos.
Patrón rol-relaciones (P8)	Percepción de satisfacción menor conflictividad en las relaciones con familiares. Incorporación al trabajo.
Patrón percepción- mantenimiento de la salud (P1)	Leve cambio en algunos parámetros físicos, retirada de fármacos. Aumento del conocimiento de su problema de salud-enfermedad con incorporación de hábitos más saludables.

Tabla 74. Resumen de otros datos de valoración indicativos de mejoría en la muestra de estudio

En el patrón autoconcepto-autopercepción destacamos la verbalización de algunas mujeres en referencia a un cambio con tendencia a estados afectivos positivos. Según los datos del patrón cognitivo-perceptual, disminuyen la sensación de mareo y la dificultad para concentrarse. En el patrón actividad-ejercicio se recoge reducción del estado de tensión muscular, rigidez, sudoración. Dentro del patrón sueño-descanso, en algunos casos, se aprecia mejoría relacionada con el aumento de la sensación de descanso en la mañana. El patrón rol-relaciones también es influido en el sentido de unas dinámicas familiares más productivas y satisfactorias; en algunos casos puede apreciarse mejoría en las relaciones con familiares, incorporación al trabajo y percepción de menor sobrecarga.

Retomando los parámetros físicos descritos en este capítulo recogidos en el patrón 1, cuando la respuesta no es adaptativa pueden sobrevenir cambios en el plano físico tales como aumento de activación fisiológica con aumento del latido cardíaco, frecuencia respiratoria etc. Tal y como concluimos a nivel estadístico, no podemos basarnos en datos significativos, sin embargo podríamos entender que clínicamente la situación de las pacientes no han empeorado; incluso si nos detenemos en algunos casos concretos, podemos apreciar una leve mejoría en algunos parámetros físicos.

Por último, el Patrón 11 (P11) valores-creencias permaneció funcional en todas las pacientes, por lo que no fue objeto de mayor detenimiento.

PFS	Estado PFS Antes de Intervenciones (porcentaje)		PFS/ Evolución (porcentaje)	D->D	F->F	D->M	D->F	F->D
	Disfuncional	Funcional						
P1	83,3	16,7	P1	33,3	16,7	50	0	0
P2	100	0	P2	33,3	0	50	16,7	0
P3	75	25	P3	25	25	8,3	41,7	0
P4	83,3	16,7	P4	16,7	16,7	66,7	0	0
P5	91,7	8,3	P5	33,3	8,3	41,7	16,7	0
P6	66,7	33,3	P6	0	33,3	58,3	8,3	0
P7	83,3	16,7	P7	25	16,7	41,7	16,7	0
P8	75	25	P8	25	25	41,7	8,3	0
P9	41,7	58,3	P9	25	50	0	16,7	8,3
P10	100	0	P10	0	0	58,3	41,7	0
P11	0	100	P11	0	100	0	0	0

Tabla 75. Estado de los PFS antes de las intervenciones y su evolución atendiendo a la frecuencia relativa (D: disfuncional, F: funcional, M: mejoría)

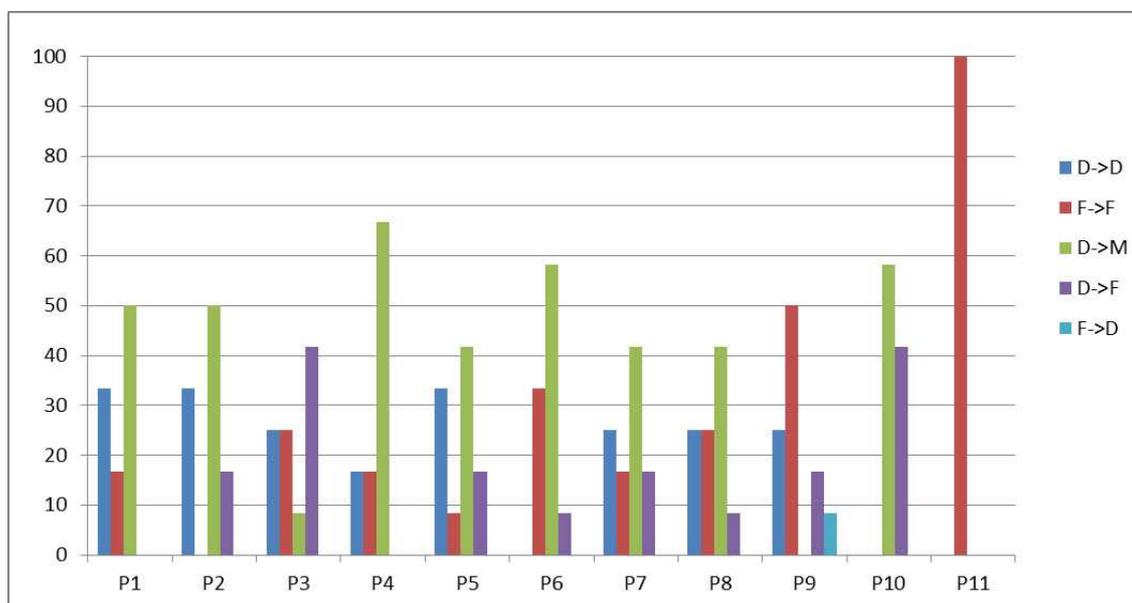


Gráfico 6: Evolución de los PFS (D: disfuncional, F: funcional, M: mejoría)

Además de la evolución de los PFS, creemos conveniente atender al número de PFS que mejoran, reflejo de la mejoría clínica de las pacientes influidas por las intervenciones enfermeras, dejando constancia de la interdependencia de los PFS en el diagnóstico enfermero *ansiedad*. Así, se observa que se sitúa entre 3 y 9 PFS con una media de 5.83 PFS y una desviación típica de 1.95; tal y como podemos observar en la siguiente tabla. Entendemos que la media de PFS puede considerarse elevada, sin embargo hemos tenido en cuenta tanto los PFS que evolucionan a funcional como aquellos en los que se observa mejoría, ya que consideramos importante reflejar no solamente la mejoría total y cambio a estado de funcionalidad sino también la mejoría parcial como expresión también del cambio de respuestas humanas de las pacientes desde una perspectiva holística de la atención.

PFS que mejoran					
	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
PFS	12	3	9	5,83	1,946

Tabla 76. Media de PFS de la muestra que mejoran tras las intervenciones enfermeras

En el siguiente gráfico mostramos el porcentaje de la muestra en la que se produce mejoría atendiendo a cada patrón por individual.

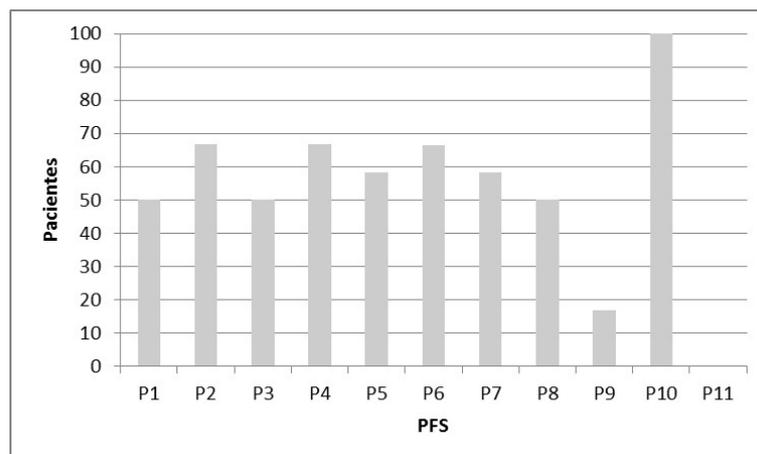


Gráfico 7: Porcentaje de pacientes que mejoran por PFS

Apoyándonos en los datos anteriores, podemos afirmar que el patrón adaptación tolerancia al estrés mejora en todas las pacientes tras las intervenciones enfermeras, aspecto relevante en la evaluación de las intervenciones enfermeras en pacientes con diagnóstico enfermero ansiedad. El 100% de las pacientes presenta mejoría o funcionalidad en el patrón. Así se puede considerar, como veremos al analizar los criterios de resultado enfermero, un cambio en referencia al manejo y al nivel de ansiedad de las pacientes del estudio después de recibir las intervenciones. A continuación, los patrones actividad-ejercicio, cognitivo-perceptual y nutricional-metabólico son los siguientes que reúnen cambios en aspectos tales como inquietud, tensión muscular, rigidez, temblores, nivel de atención y concentración, apetito, hábitos y conocimientos alimentarios que pueden influir en el estado de otros patrones y que tal mejoría refleja un parámetro de cambio en las respuesta de las pacientes. Seguidamente, los patrones eliminación, sueño-descanso, autopercepción-autoconcepto, rol-relaciones y percepción mantenimiento de la salud recogen áreas de mejoría como se enunció anteriormente.

En resumen, si tuviésemos que mencionar un único patrón, podríamos afirmar que el patrón adaptación-tolerancia al estrés recoge el peso del cambio en las respuestas relacionadas con la ansiedad de las pacientes. Así, podemos reconocer respuestas encaminadas a un menor estado de ansiedad con adquisición de estrategias de adaptación saludables y reconocimiento y percepción de control de la situación.

Tal y como veíamos en el marco teórico, autores como Alfaro, Luis Rodrigo, Lunney, Kuiper y Pesut, Müller-Staub et al. señalan la importancia del pensamiento crítico durante el proceso diagnóstico en la elección de la etiqueta diagnóstica precisa e interpretación de los datos de respuesta humana de las pacientes del estudio. El diagnóstico de la respuesta humana es un proceso complejo que precisa interpretar el comportamiento humano relacionado con la salud. Así, hemos intentado con los datos recogidos en su mayoría por la

valoración enfermera, documentar diagnósticos enfermeros precisos que facilitan la elección de resultados favorables e intervenciones enfermeras adecuadas, coherentes y efectivas para las pacientes del estudio.

Hemos mostrado los datos de los PFS que entendemos relevantes en la interpretación de los datos de respuesta humana y posterior evaluación del proceso de salud-enfermedad. Como hemos visto, nos hemos apoyado en la valoración enfermera como parte del proceso sistemático de recogida de datos clínicos objetivos y subjetivos bien organizados y sintetizados. Así mismo, podemos llegar a documentar diagnósticos precisos y evitar tomar una decisión prematura. Es de este modo y con la finalidad de concluir con un juicio enfermero acertado que facilite la elección de resultados de enfermería y la planificación de intervenciones, donde tiene lugar la evaluación de las intervenciones en mujeres con diagnóstico *ansiedad* tal y como se puede ver en el epígrafe “criterios de resultado enfermeros”.

4. Criterios de resultado enfermeros (NOC)

Como indicábamos en el marco teórico, la utilización de Criterios de Resultado de Enfermería proporciona un lenguaje profesional para evaluar la calidad de los cuidados vinculados al progreso de los pacientes, que las enfermeras pueden utilizar para identificar los efectos de las intervenciones enfermeras. La herramienta enfermera NOC nos facilitará conocer la utilidad de las intervenciones enfermeras.

Los resultados NOC nos permiten cuantificar, medir el estado, conducta o percepción del paciente que esperamos que ocurra en el proceso de cuidados a lo largo de un continuo, que en el caso que nos ocupa está dirigido al diagnóstico enfermero *ansiedad*.

Enfermería de Salud Mental en el ejercicio de su praxis con pacientes que padecen problemas mentales, debe ser capaz de implementar intervenciones eficaces para promover, restaurar o mantener la salud del paciente y constatar la

utilidad de sus intervenciones para asegurar unos cuidados de calidad. Así mismo, generar conocimiento enfermero derivado de intervenciones útiles y reconocidas para resolver problemas derivados de la práctica en entornos clínicos, muestra nuestra relevancia profesional desde la condición de enfermera especialista de salud mental en el sistema de cuidados de salud. Aportar resultados fiables desde la práctica clínica rigurosa y con metodología enfermera, es parte esencial de nuestro trabajo.

A la luz de lo anterior, para determinar los cambios en el estado de salud de las pacientes del estudio, mostramos en la tabla 77 los resultados de los tres criterios de resultado enfermero en los que nos hemos apoyado en la investigación a fin de valorar posibles cambios en el estado de ansiedad de las mujeres que han recibido los cuidados de enfermería.

ID	NOC 1: 1221. Nivel Ansiedad		NOC 2: 1402 Autocontrol Ansiedad		NOC 3: 1805 Conocimiento: conducta sanitaria	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
1	49	59	21	33	14	20
2	42	57	24	37	15	20
3	55	64	21	36	13	18
4	50	67	20	38	13	18
5	42	69	19	46	14	20
6	43	58	20	40	16	23
7	44	53	21	30	13	17
8	55	66	27	35	17	19
9	51	62	29	47	19	22
10	53	67	25	38	17	24
11	50	63	20	43	13	23
12	46	53	20	37	13	23

Tabla 77. Resultados de los criterios de resultado 1221, 1402 y 1805 por pacientes antes y después de recibir las intervenciones enfermeras

En la siguiente tabla mostramos los datos estadísticos de los criterios de resultado enfermero, a fin de constatar la mejoría en el estado de ansiedad de las mujeres que han recibido los cuidados de enfermería.

Variable	Media pre	Desviación típica pre	Media post	Desviación post	Mediana pres	Mediana post	Z _w	p (0-1)
Criterio de Resultado 1221 <i>nivel de ansiedad</i>	48,17	4,63	61,42	5,90	31	62,5	- 3,064	0,002
Criterio de Resultado 1402 <i>autocontrol ansiedad</i>	22,5	3,22	37,8	7,11	21	37,5	-2,98	0,003
Criterio de Resultado 1805 <i>conocimiento: conducta sanitaria</i>	14,75	2,05	37,08	7,11	14	20	-2,94	0,003

Tabla 78. Análisis estadístico de los criterios de resultado 1221, 1402 y 1806

Tal y como apuntábamos en relación a los instrumentos de evaluación, la diferencia de las puntuaciones en los resultados NOC, entre la medición basal con la medición después de la intervención, representa los efectos de la intervención enfermera.

Por tanto, los datos estadísticos nos permiten afirmar que existen diferencias estadísticamente significativas en los criterios de resultado enfermeros *nivel de ansiedad, autocontrol ansiedad y conocimiento: conducta sanitaria*.

A continuación, desarrollamos el análisis estadístico de los tres criterios de resultado enfermero estudiados con sus gráficos correspondientes.

Como se desprende de los datos del análisis estadístico de la tabla 78, podemos afirmar que existen diferencias significativas en referencia a las puntuaciones del resultado enfermero *nivel de ansiedad*. Atendiendo a la tabla 78, el valor de la media antes de las intervenciones se situaba en 48.17 y después en 61.42 con una desviación típica de 4.63 y 5.90 respectivamente. La mediana antes las intervenciones se perfilaba con un valor de 31 y posteriormente con un valor de 62.5. La prueba de los rangos con signo de Wilcoxon (Test de Wilcoxon de los rangos con signo para dos muestras) corresponde con el valor -3.064 y la significación estadística es de p igual a 0.002. En este sentido, podemos remarcar que las puntuaciones de los indicadores utilizados para este resultado nos muestra la utilidad de las intervenciones enfermeras en beneficio de las pacientes.

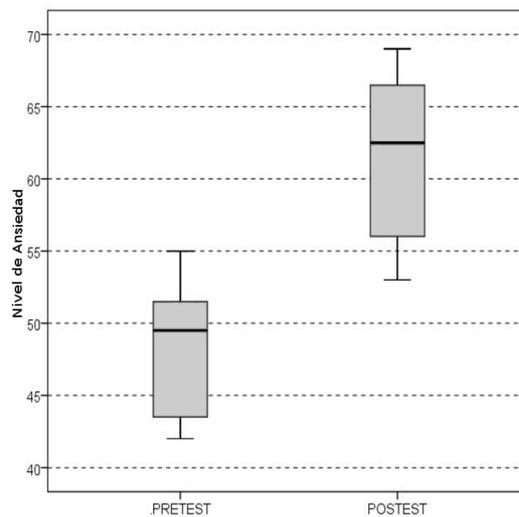


Gráfico 8: Comparación del criterio de resultado enfermero nivel de ansiedad (1211) de las pacientes del estudio antes y después de las intervenciones enfermeras

Nos encontramos con diferencias significativas en el criterio de resultado autocontrol ansiedad. Como se desprende la tabla 78, la media antes de las intervenciones presenta el valor 22.5 y tras las mismas de 37.8 con una desviación típica de 3.22 y 7.11 respectivamente. Los valores 21 y 37.5 corresponden con la mediana antes y después de las intervenciones. Así mismo, el parámetro del test de los rangos de Wilcoxon corresponde con un valor de Z igual a -2.98 con una p igual a 0.003. Por tanto, podemos decir que la puntuación global de los indicadores empleados en este resultado ha sido apropiada como medida de los efectos de las intervenciones enfermeras, que a su vez indica una mejora en el estado de las pacientes en comparación con la valoración previa.

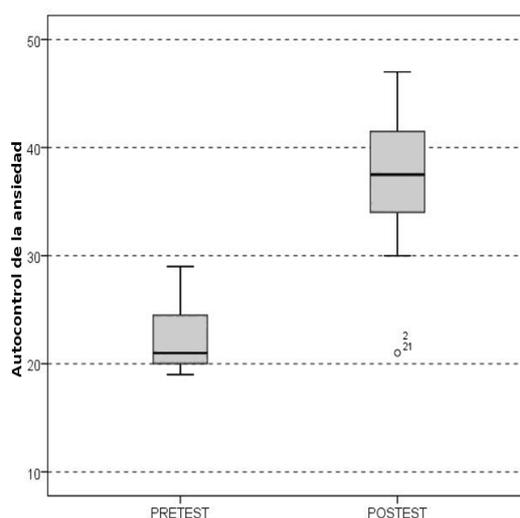


Gráfico 9: Comparación del criterio de resultado enfermero autocontrol de la ansiedad (1402) de las pacientes del estudio antes y después de las intervenciones enfermeras

Atendiendo al criterio de resultado conocimiento: conducta sanitaria, podemos observar en la tabla 78 la existencia de evidencias estadísticas significativas en el resultado enfermero. Así, los valores de la media y de la desviación típica son de 14.75 y 37.08 y de 2.05 y 7.11 antes y después de las intervenciones enfermeras respectivamente. El valor de la mediana antes de las intervenciones coincide con el valor 14 y tras las mismas con el valor 20. La prueba de los rangos con signo de Wilcoxon se corresponde con el valor -2.94 y la significación estadística es de p igual a 0.003.

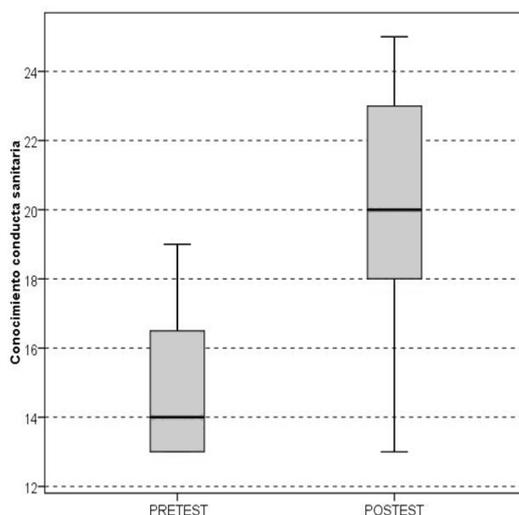


Gráfico 10: Comparación del criterio de resultado enfermero conocimiento: conducta sanitaria (1805) de las pacientes del estudio antes y después de las intervenciones enfermeras

Además de los datos estadísticos anteriormente mencionados, nos parece indicado mostrar algunos de los indicadores empleados que nos ofrezca una visión integradora de la perspectiva clínica del proceso de salud-enfermedad de las pacientes del estudio. En este sentido, tal y como describimos en el apartado “patrones funcionales de salud M. Gordon” en el presente capítulo, algunos indicadores muestran la mejoría del estado de las mujeres, influyendo en algunas características definitorias del diagnóstico *ansiedad* que han podido resolverse o minimizarse.

A modo de ejemplo que clarifique el cambio en el estado de las pacientes, destacamos mejoría clínica atendiendo a los indicadores de los tres criterios de resultado. En referencia al criterio *nivel de ansiedad* destacamos los indicadores *inquietud, ansiedad verbalizada, tensión muscular, irritabilidad y preocupación exagerada por los eventos vitales*. En cuanto al criterio de resultado *autocontrol de la ansiedad*, distinguimos los indicadores *utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad, refiere dormir de forma adecuada, refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad, ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad y controla la respuesta de ansiedad*. En el último criterio de resultado *conocimiento: conducta sanitaria* señalamos los indicadores *prácticas nutricionales saludables y técnicas efectivas de control de estrés*. En general, la mejoría que hemos constatado en las pacientes del estudio va encaminada no solamente en un mayor grado de comprensión del fenómeno de la ansiedad como parte del conocimiento sanitario adquirido, sino también en el aprendizaje de técnicas para un adecuado manejo de la respuesta de ansiedad.

Como veíamos en el marco teórico, la utilización de los Resultados de Enfermería proporciona un lenguaje profesional para evaluar la calidad de los cuidados vinculados al progreso de los pacientes y que las enfermeras pueden utilizar para identificar los efectos de las intervenciones enfermeras. Entendemos que la realización de esta investigación nos ha permitido acercarnos a esta realidad científica.

A lo largo de este epígrafe hemos podido constatar la utilidad de las intervenciones enfermeras propuestas atendiendo al cambio en el estado de las pacientes, para lo cuál nos hemos apoyado la herramienta “Clasificación de Resultados de Enfermería”.

Tal como arrojan los datos estadísticos, la respuesta humana de las pacientes medida con los tres criterios de resultado enfermero, mejora tras recibir las intervenciones enfermeras propuestas, obteniéndose resultados estadísticamente significativos. Así mismo, conviene mencionar que la adecuada medición de los indicadores respetando el constructo de rigor metodológico, esto es, la inmediata valoración de los indicadores tras las valoraciones de enfermería teniendo presente toda la información relevante disponible, contribuye a la fructífera composición de los resultados. Es de este modo que, podemos afirmar que las intervenciones enfermeras que han recibido las mujeres de la muestra han sido de utilidad clínica.

CAPÍTULO VII

ALCANCE PROFESIONAL Y
EDUCATIVO

Capítulo VII: ALCANCE PROFESIONAL Y EDUCATIVO

Los resultados de la presente tesis han quedado reflejados y descritos en el capítulo anterior, abordados desde un prisma enfermero, cimentado en un lenguaje enfermero como aspecto central del proceso de atención de enfermería. Tal y como Alfaro y otros autores nos proponen llevarlo a cabo, nos hemos centrado en el marco de un pensamiento clínico crítico y reflexivo, lo que nos ha permitido explorar el fenómeno de la ansiedad aportando evidencias clínicas desde la práctica asistencial en salud mental ^{122,121,168,163,117,116}. Hemos trabajado, dando respuesta a la cuestión que nos planteábamos en el capítulo V que vertebraba nuestro estudio, resolverla siguiendo metodología enfermera exhaustiva y rigurosa. En este sentido, hemos querido sostener el abordaje de la ansiedad como diagnóstico enfermero, tal y como vimos en el marco teórico, apoyándonos en teorizadoras enfermeras como Peplau, Watson, Travelbee, Orlando, Roy o Neuman, entre otras ^{39,132,144,138,131,137}.

Centrándonos en el método y metodología que sostiene el estudio, el investigador está presente como enfermera. Así, participando de modo directo en el seguimiento de su estado de salud, nos aproximamos a sus vivencias de salud-enfermedad y realidad percibida desde un contexto clínico de salud mental.

El cuidar, como afirma Watson, comprende aspectos de la salud, como es la relación interpersonal entra la enfermera y el paciente. Durante la fase de ejecución del plan de cuidados que propusimos para desarrollar esta investigación, nos encontramos con la necesidad de establecer relación profesional con las mujeres participantes en el estudio, las cuales acuden para recibir cuidados y esperan ser ayudadas. Es de este modo, que siguiendo las enseñanzas de las teorizadoras enfermeras llevamos a cabo el proceso enfermero ¹³². Así, como nos aporta la obra de Peplau, durante la provisión de cuidados centramos el interés en ayudar a las pacientes en el manejo de la respuesta de ansiedad, poniendo el foco de atención en el marco de la relación

enfermera-paciente ³⁹. Esta cuestión es apuntada entre otros, por autoras tales como Orlando y Travelbee cuando hacen hincapié en la relación interpersonal con la finalidad de ayudar al paciente en su experiencia de salud-enfermedad ^{138,144}.

Si estamos hablando de proveer cuidados enfermeros en salud mental y ayudar a las pacientes en el manejo de su respuesta de ansiedad, no cabe duda la importancia de cuidar el aspecto relacional y de conexión, desde una actitud de aceptación del otro, como seres humanos únicos que en determinados momentos lo pasan mal. Desde una relación profesional enfermera-paciente, atendiendo al marco teórico y a mi experiencia previa con grupos de mujeres, entendemos que la paciente ha de sentir que es escuchada con atención, con la convicción de que va a ser ayudada. En este sentido, nos llamó la atención la progresiva confianza que las pacientes depositaron en las intervenciones, en sí mismas por la motivación para un cambio de estado y en nosotras como enfermeras de salud mental que pretendíamos ofrecer una ayuda profesional.

Desde un enfoque de aceptación y atendiendo al significado que tienen las vivencias para las pacientes, se tornaba más fácil la tarea de movilizarlas hacia el bienestar, sin restar o minimizar importancia al valor de sus sentimientos. Sin embargo, una de las dificultades durante el desarrollo de las intervenciones grupales, fue transmitirles la importancia de una práctica continuada.

Atentos también a las enseñanzas de Roy, la respuesta adaptativa puede conseguirse cuando la enfermera ayuda a la persona a afrontar de manera efectiva los cambios derivados de un entorno continuamente cambiante ¹³¹. Según Neuman, el rol de la enfermera consiste en trabajar junto al paciente para conducirlo en lo posible hacia el bienestar ¹³⁷. En este sentido, si atendemos a la valoración de enfermería de las pacientes del estudio, se desprende una mejoría en cuanto a una respuesta humana en relación con el diagnóstico enfermero *ansiedad*. Así mismo, los criterios de resultado estudiados reflejan tal mejoría en la respuesta de las pacientes ante eventos que requieren una adaptación

continua. Las pacientes consiguieron un mejor control de la respuesta de ansiedad, disminución del nivel de ansiedad y un aumento y puesta en práctica de conocimientos sanitarios al respecto.

Un elemento que surgió del discurso de las pacientes durante la valoración enfermera ha sido un aumento en su percepción de manejo del patrón de comportamiento en momentos críticos, utilizando las habilidades de autocuidados aprendidas. Al finalizar las intervenciones recibidas, las pacientes manifestaron disminución de la respuesta de ansiedad y su duración y un aumento de autocontrol de la misma. Además, algunas pacientes destacaron cómo las técnicas de relajación que implementaban en momentos de crisis, les eran útiles para evitar un malestar mayor. Varias pacientes remarcaron el carácter preventivo a través de la práctica continuada de las herramientas adquiridas. Otras pacientes señalaron reducción y/o retirada de ansiolíticos como en el caso de la paciente 3 y 8, alta de consulta de psiquiatría en la paciente 10, incorporación al trabajo en la paciente 11 y alta de las consultas de otros profesionales en las pacientes 3, 4 y 5. Las pacientes que solían frecuentar las consultas de salud mental, revisando sus historias clínicas, pudimos conocer que acuden a sus citas programadas. Cabe destacar aquí, la importancia de las medidas de resultados enfermeros, no solo en el ámbito clínico sino también en el área de la economía de la salud y sus posibles consecuencias en el gasto sanitario público.

Antes de intervenir, las pacientes presentaban una respuesta humana con aumento de la tensión, preocupación, insomnio, dificultades respiratorias, irritabilidad, dificultad para concentrarse, entre otras características definitorias del diagnóstico *ansiedad*. Estas características establecen relación con un cambio de la función del rol, el entorno, crisis situaciones y estrés entre otros factores relacionados. Queremos destacar que tras la implementación de las intervenciones enfermeras, se observa una mejoría en la respuesta de ansiedad con aumento de la puntuación de los indicadores del criterio de resultado *nivel*

de ansiedad (1211), además de los resultados de puntuación del criterio de resultado *autocontrol de la ansiedad (1402)* y del criterio de resultado *conocimiento: conducta sanitaria (1805)*. Esto nos lleva a destacar los esfuerzos de adaptación realizados por las pacientes con la finalidad de mejorar la capacidad de afrontamiento de la respuesta de ansiedad ¹⁹.

Al finalizar los cuidados enfermeros, las mujeres agradecen haber recibido las intervenciones, señalando en esta ocasión, la incorporación de nuevos recursos para afrontar episodios de ansiedad de una manera más funcional de la que antes disponían.

El manejo de la respuesta de ansiedad, me ayudó a reflexionar sobre la utilidad de las intervenciones educativas, cómo el conocimiento estructurado aportado en este área, a través de nociones conceptuales sobre ansiedad, estrés, consecuencias, hábitos saludables y técnicas de relajación podía influir en una percepción de conciencia de control en la respuesta de ansiedad. Así, tal mejora queda reflejada a través de la medida llevada a cabo con algunos indicadores contenidos en los criterios de resultado *nivel de ansiedad* y *autocontrol de ansiedad*, con mención específica al conocimiento evaluado en el indicador *técnicas efectivas de control de estrés* del resultado *conocimiento: conducta sanitaria*.

Atendiendo al discurso de las mujeres y a la experiencia profesional, resulta esencial *relajación muscular progresiva, terapia de relajación simple y disminución de la ansiedad*, a nivel de intervenciones más visuales y evidentes. Las mujeres han adquirido un procedimiento que pueden implementar cuando lo necesiten, con la finalidad de emitir una respuesta contraria a su estado de ansiedad. Las intervenciones enfermeras permiten enseñar a las mujeres cómo manejar la respuesta de ansiedad de manera que puedan gestionarla para controlar en algunos casos y/o minimizar en otros, el nivel de ansiedad propia. Las mujeres de la muestra se han mostrado receptivas para poder entender de

una manera práctica cómo intervenir en el manejo de su respuesta de ansiedad cuando ésta se presenta.

Desde la disciplina enfermera, los principales cambios en la respuesta de las pacientes quedan reflejados en el patrón adaptación tolerancia al estrés (P10). Así, apoyándonos en los datos del P10, podemos apreciar al inicio de las intervenciones una respuesta de ansiedad constante, inquietud, ansiedad verbalizada y una baja percepción de control de la situación entre otros datos. Tras las intervenciones enfermeras, atendiendo a los criterios de resultado NOC, se aprecia una mejoría de la respuesta humana de las pacientes. Como reflejamos en el capítulo anterior, la mejoría no solamente es abordada a través del P10 con un mejor control de la respuesta de ansiedad, sino también en otros como en el P4, el P2 y el P6 que evolucionan hacia una respuesta más funcional con menor tensión muscular, temblores, hormigueos, sudoración, mejora en los hábitos alimentarios y menor dificultad para concentrarse, además de disminución de la sensación de mareo. En el P7, pudimos encontrar bajo ánimo, pensamientos negativos, irritabilidad, preocupación, decaimiento y tristeza antes de las intervenciones, con una evolución hacia estados afectivos más positivos. También, destacamos el P3, el P5, el P8 y P1 en el sentido de una normalización del hábito intestinal, aumento en la sensación de descanso, percepción de una menor conflictividad en las relaciones familiares e incluso un leve cambio en parámetros físicos, retirada o reajuste de fármacos y aumento del conocimiento sobre su problema de salud-enfermedad.

Fornés tiene en cuenta esta cuestión de interrelación de patrones, por ello en nuestro trabajo hemos querido dejar constancia de la mejoría de la respuesta de las pacientes tras recibir las intervenciones enfermeras previstas, no solo en el P10, sino en los anteriormente citados.

El diagnóstico enfermero *ansiedad*, juicio clínico que ha guiado nuestras intervenciones con las pacientes, ha sido objeto de detenimiento en cada participante mostrando unas características definitorias y factores relacionados

según cada caso particular. Así mismo, el diagnóstico enfermero que nos ocupa ha sido revisado y utilizado por autores como Whitley u Oliveira et al. ^{149,151}. Si nos detenemos en las características definitorias de las pacientes del estudio: a) aumento de la tensión, b) la preocupación, c) nerviosismo, d) temor a consecuencias inespecíficas, e) insomnio y f) dificultad para la concentración se encuentran en consonancia con los trabajos de estos autores.

Nos encontramos con pocos estudios que aborden el proceso de atención enfermera en el diagnóstico ansiedad y además características definitorias clave en el mismo. Si bien, en nuestro estudio y de acuerdo con los datos, la característica definitoria afectiva *irritabilidad*, también presenta un peso importante, al igual que ocurre en el estudio de Oliveira ¹⁵¹. Dicha característica definitoria, se presenta frecuentemente en el discurso y manifestación de las pacientes en el momento de su valoración. Por ello, se puso especial atención en el momento de desarrollar nuestro plan de cuidados llegando a constatar que tras las intervenciones enfermeras realizadas, se aprecia un aumento en la puntuación del criterio de resultado *nivel de ansiedad*, con especial atención en el indicador *irritabilidad*. *Dificultades respiratorias* es otra de las características definitorias esenciales en este trabajo, además de *aumento de la tensión*, *preocupación*, *insomnio*, *temor a consecuencias inespecíficas* y *nerviosismo* como también apuntan algunos estudios ^{149,150,151}.

Nos encontramos con un aumento en la puntuación de algunos indicadores, que nos parece interesante remarcar por el carácter indicativo y específico del nivel y autocontrol de ansiedad que demostraron las pacientes. Así, hemos podido denotar una mejoría evaluada con los indicadores *tensión muscular*, *irritabilidad*, *ansiedad verbalizada*, *preocupación exagerada por eventos vitales*, *ataque de pánico* y *cambio en las pautas intestinales* del criterio de resultado *nivel de ansiedad (1211)* y *utiliza las técnicas de relajación para reducir la ansiedad*, *refiere disminución de la duración de los episodios*, *refiere dormir de forma adecuada*, *refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad*,

ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad y controla la respuesta de ansiedad del criterio de resultado *autocontrol de la ansiedad* (1402) y *prácticas nutricionales saludables y técnicas efectivas de control de estrés* del criterio de resultado *conocimiento: conducta sanitaria* (1805).

Así mismo, queremos destacar la importancia que el entrenamiento en técnicas de relajación ha supuesto en el manejo y control de la respuesta de ansiedad, abordada con los indicadores propuestos. Hemos podido comprobar cómo uno de los indicadores más notorios ha sido *controla la respuesta de ansiedad*, atendiendo a las percepciones y manifestaciones de las pacientes, además de a la utilidad del indicador.

Nos hemos apoyado en las técnicas de relajación siguiendo las enseñanzas de Jacobson y otros autores mencionados en el marco teórico ^{79,73}. Con la pretensión de un adecuado aprendizaje, resulta interesante destacar la importancia de la práctica continuada de las intervenciones enfermeras en relación directa con procedimientos de relajación como los descritos en la NIC *relajación muscular progresiva y técnica de relajación simple*. En este sentido, hemos acentuado el aspecto práctico de la relajación muscular progresiva hasta que la paciente se muestre habilidosa en el empleo del procedimiento e incluso hemos motivado su aplicación precoz en el manejo y control de la ansiedad, tal y como indican autores como Craske y Lewin ⁴³. Así mismo, defendemos la utilización de los registros de práctica intersesión como medio favorecedor de la práctica. Así como, la utilización de la relajación como intervención enfermera individual y grupal por su efectividad ya demostrada en los estudios enfermeros centrados en el manejo de la ansiedad ^{99,109,105}.

Las intervenciones *terapia de relajación simple y disminución de la ansiedad* del plan de cuidados están en consonancia con los trabajos de Ocio Aracama y con los que Fornés nos aporta con su plan de cuidados para la persona con ansiedad-estrés ^{101,117}.

Si nos detenemos en las puntuaciones de las NOC que nos permiten identificar los efectos de las intervenciones enfermeras, terapia de relajación simple (6040), relajación muscular progresiva (1460), *disminución de la ansiedad* (5820) como intervenciones enfermeras utilizadas en la investigación, facilitan la mejoría de la respuesta humana de las pacientes medida con las NOC indicadas. Así mismo, podemos afirmar como se desprende de los datos estadísticos de los criterios de resultado NOC, un mejor control y manejo de la respuesta de ansiedad de las pacientes del estudio.

Terapia de grupo (5450), *enseñanza grupo* (5604) y *grupo de apoyo* (5430) como intervenciones enfermeras utilizadas en nuestro estudio, refleja el modo de ofrecer las intervenciones enfermeras desde un contexto de asistencia grupal. En este caso, hemos trabajado con un grupo de 12 mujeres dichas intervenciones enfermeras en el área de la ansiedad con una periodicidad semanal. El número de participantes nos permitió trabajar las intervenciones propuestas con una adecuada cohesión y participación y adherencia al grupo por parte de las pacientes.

La intervención enfermera *educación sanitaria* cobra especial relevancia en la incorporación de conocimientos en relación con una mejor comprensión del problema de salud que permita a las pacientes establecer un adecuado manejo y afrontamiento de la respuesta de ansiedad. En esta línea, estudios como el de Tierno Reina o Casañas Sánchez ^{152,98}, abogan por la educación como medio de adquisición de habilidades para su manejo y disminución del grado de ansiedad, razón por la que nosotros en nuestro estudio hemos utilizado la intervención educación sanitaria. La intervención nos ha permitido reflejar un aumento en la puntuación de los criterios de resultado, entre ellos conocimiento conducta sanitaria que refleja entre sus indicadores las prácticas sanitarias saludables y empleo de técnicas para el control de estrés, entre otros. Así, encontramos una mejor comprensión del problema de salud que ha permitido a las pacientes

establecer un adecuado manejo y afrontamiento de sus respuestas disfuncionales en el área de la ansiedad.

Atendiendo al objetivo general del estudio y a los específicos, podemos afirmar apoyándonos en los datos estadísticos que los criterios de resultados enfermeros propuestos nos han permitido evaluar las intervenciones propuestas e influir en la reducción del nivel de ansiedad y mejorar el control de la respuesta de ansiedad, además de abordar el aspecto educativo de la cuestión.

Limitaciones y propuestas de mejora

Las NOC propuestas nos han permitido evaluar la cantidad de progreso o la ausencia de progreso y hemos podido calcular el nivel de cambio producido en las pacientes del estudio, de una forma cuantificable, medible utilizando metodología y herramientas enfermeras entorno al problema de la ansiedad. Sin embargo, cabe la posibilidad de que otras variables puedan influir en los resultados de las pacientes, tales como variables organizativas y del entorno que podrían afectar la forma en que se proporcionan las intervenciones, las acciones de otros profesionales, además de las características de salud física, emocional y las circunstancias vitales por las que atraviesan las mujeres. Es de este modo, que no podemos atribuir únicamente la mejoría descrita anteriormente a las intervenciones enfermeras. Así, poniendo énfasis en los cuidados enfermeros y desde una perspectiva enfermera, entendemos útil y suficiente utilizar las herramientas enfermeras para objetivar la mejoría de las pacientes con diagnóstico enfermero *ansiedad* en el marco del proceso enfermero. La NOC es esencial para notificar la efectividad de las intervenciones enfermeras. El proceso de nombrar el fenómeno clínico con taxonomías NANDA, NOC y NIC nos permite avanzar en la profesión como disciplina y ciencia a través de la investigación enfermera.

Los resultados aunque no son concluyentes, permiten abrir la posibilidad de continuar evaluando las intervenciones enfermeras con una metodología correcta y adecuada en entornos de salud mental, para así verificar el resultado de las

intervenciones de enfermería en beneficio de las pacientes, centro de nuestro quehacer diario.

Una de las principales limitaciones del estudio podría ser la ausencia de seguimiento a los 6 o 12 meses para conocer si se mantiene la mejoría conseguida en el tiempo con las intervenciones enfermeras previstas y la carencia de grupo de control.

Existen una serie de sesgos que pueden dificultar establecer diferencias entre los efectos específicos del tratamiento de aquellos inespecíficos que se derivan de la falta de comparabilidad del grupo al inicio y durante el estudio, lo que podría comprometer la validez interna del estudio. Entre ellos:

- Atendiendo a la validez interna del estudio, entendemos que presenta como uno de sus límites, el hecho de que la carencia de un grupo control, no permite establecer argumentos de causalidad acerca del tratamiento, como en el caso de que dicho grupo existiera. El grupo control no se ha utilizado por la dificultad ética para obtenerlo, de manera que dejaríamos sin intervención a mujeres que lo necesitan y debido a que el objetivo general del estudio está vinculado al proceso enfermero en referencia a la evaluación de las intervenciones enfermeras apoyándonos en criterios de resultado de enfermería como instrumento de medición. En definitiva, las bondades del estudio están estrechamente relacionadas con la utilización de herramientas enfermeras aplicadas a la práctica enfermera clínica vinculadas a la excelencia de los cuidados.
- En referencia al seguimiento del grupo, cabe mencionar que no se ha planteado un estudio de continuidad temporal, debido a que nuestro trabajo pretendía conocer la utilidad de las intervenciones enfermeras en el área de la ansiedad después de recibirlas, apoyándonos en herramientas específicas de la disciplina enfermera. Es así, que en este trabajo hemos puesto nuestro interés en evaluar tales intervenciones en un grupo de mujeres con diagnóstico ansiedad al finalizar las mismas. En futuros

estudios, se podría estudiar la continuidad de la mejoría en el tiempo, pero que en la presente investigación por el malestar inminente de las mujeres pretendimos abordarlo desde el momento presente. Si bien es cierto, que como enfermera de salud mental, en contacto continuo con las pacientes del centro, puedo afirmar que algunas han recibido alta en el centro, otras están acudiendo a sus citas programadas en salud mental, y que ha disminuido la asistencia en calidad de urgencia al Centro de Salud Mental.

- Evolución natural: cuando el curso habitual del trastorno tiende hacia su resolución, los esfuerzos terapéuticos pueden coincidir con la mejoría observada, pero no ser su causa.
- Sesgo de selección, al no haber asignación al azar que asegure que no haya otras variables que afecten el resultado.
- Relativos a la concomitancia de otros tratamientos que impiden atribuir la utilidad exclusivamente a la intervención enfermera.
- Efecto Hawthorne: respuesta que se produce por el conocimiento de las mujeres a las que se les ofrece las intervenciones enfermeras de que están siendo estudiadas.
- Efecto placebo: la respuesta que se produce en una persona enferma como consecuencia de la administración de un tratamiento, pero no puede considerarse como efecto específico del mismo.

CAPÍTULO VIII

CONCLUSIONES

Capítulo VIII: CONCLUSIONES

La NOC nos permite medir la mejoría o ausencia de mejoría en un continuum de salud-enfermedad de las mujeres objeto de estudio, perfilando el producto final de las intervenciones enfermeras; ofreciendo evidencias concretas y objetivables del estado de salud de las pacientes a las que se les ha brindado las intervenciones y actividades enfermeras propuestas. Por tanto, medir el efecto de las intervenciones enfermeras en términos de resultados con datos actuales de pacientes, delimita el rol profesional y amplía la base de conocimientos enfermeros potenciando la calidad del cuidado en beneficio de las personas que reciben los cuidados.

Como indica la NOC, los estudios del progreso y resultados de enfermería son raros y escasos por la dificultad para medir el proceso enfermero. No son muchos los que han intentado describir un proceso de enfermería particular y su relación con los resultados en el área de la ansiedad. A nuestro entender, este estudio contribuye a aportar conocimiento derivado de la práctica clínica para el desarrollo de la ciencia enfermera basada en la investigación a través de metodología enfermera y a la investigación de resultados en enfermería de salud mental.

Las conclusiones del presente estudio son las que se presentan a continuación:

1. Los cuidados, como rol central de la enfermería, requieren desde un contexto de rigor metodológico enfermero poder mostrar los resultados de sus intervenciones para valorar y objetivar mejoría en la respuesta humana de las personas cuidadas con diagnóstico ansiedad.
2. Los datos de respuesta humana de las pacientes deben interpretarse sujetos a un pensamiento crítico dentro del proceso diagnóstico con la pretensión de emitir diagnósticos enfermeros precisos que faciliten la

elección de intervenciones coherentes y adecuadas a cada entorno clínico, en el caso que nos ocupa desde la especialidad de salud mental.

3. La herramienta enfermera NOC nos ha permitido medir el estado de las pacientes a lo largo del proceso de cuidados y nos ha facilitado conocer la utilidad de las intervenciones enfermeras en el marco de la salud mental.
4. Los resultados de enfermería nos orientan no solamente para cuantificar el estado, conducta o percepción del paciente como centro de nuestros cuidados, sino también aporta beneficios para aumentar el corpus de conocimientos de la enfermería desde la especialidad de salud mental basada en evidencias clínicas.
5. La relación enfermera-paciente es un aspecto esencial del proceso de cuidados terapéutico, que ayuda a las mujeres en el manejo de la respuesta de ansiedad.
6. Las intervenciones enfermeras han propiciado un cambio en la capacidad de afrontamiento, que les ha llevado a tomar conciencia de los síntomas fisiológicos y de la necesidad de aprender a manejar su respuesta de ansiedad de manera más funcional.
7. Las intervenciones enfermeras llevadas a cabo son de utilidad en los cuidados a mujeres con diagnóstico enfermero *ansiedad*.
8. La conciliación de las intervenciones enfermeras: *disminución de la ansiedad, educación sanitaria, enseñanza: grupo, relajación muscular progresiva, terapia de relajación simple, terapia de grupo y grupo de apoyo*, han propiciado y facilitado un cambio positivo en el estado, conducta y percepciones de las pacientes.
9. Desde un nivel práctico, *terapia de relajación simple, relajación muscular progresiva y disminución de la ansiedad* han sido las intervenciones mejor asimiladas y aplicadas por las pacientes en el control de su respuesta de ansiedad.

- 10.** Los resultados de la investigación, muestran una mejoría estadísticamente significativa en los tres criterios de resultado: *nivel de ansiedad, autocontrol de la ansiedad y conocimiento: conducta sanitaria.*
- 11.** Podemos decir que la implementación de las intervenciones de enfermería en un grupo de mujeres con diagnóstico enfermero *ansiedad* ha mejorado la sintomatología previa.

Propuesta de futuras líneas de investigación

En acuerdo con la NOC, se necesitan resultados que sean fiables y válidos vinculados a las intervenciones enfermeras. De tal manera, que nos permitan divulgar, visibilizar el conocimiento enfermero que dependen de mediciones rigurosas de resultados en los pacientes que responden a intervenciones enfermeras. Así, visibilizar el desarrollo de una práctica basada en la evidencia en entornos clínicos especializados, como es en salud mental apoyándonos con datos derivados del producto de nuestro quehacer diario.

Los resultados del presente estudio, ofrecen un punto de partida para nuevas investigaciones sobre evaluación de intervenciones enfermeras utilizando los lenguajes enfermeros. Entendemos que esta investigación aporta conocimiento enfermero para dar respuesta a la necesidad de considerar el producto de nuestras intervenciones aplicado en contextos clínicos y abre un espacio para futuros estudios:

- Evaluar las intervenciones de enfermería en salud mental en mujeres con ansiedad según taxonomía NANDA en muestras más amplias que aumente la capacidad para generalizar hallazgos y que refleje cambios en los criterios de resultado aplicando el proceso de atención enfermera de manera rigurosa y sistemática en este área de conocimientos.
- Con respecto a los indicadores e intervenciones, implementar otros que convengan aplicados al diagnóstico enfermero *ansiedad* según características de las pacientes como edad, sexo o estado funcional.
- Investigar en otras poblaciones otros diagnósticos enfermeros del dominio 9 *afrentamiento-tolerancia al estrés* para profundizar y ampliar base de conocimientos en diagnósticos del PFS 10 *afrentamiento-tolerancia al estrés*.

- Evaluar intervenciones enfermeras en otros problemas de salud mental que permitan conocer y visibilizar el trabajo enfermero y que potencie su competencia y rol propio en esta especialidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herrán A, Hoyuela F, Parrilla M, Vázquez Barquero J. Trastornos de ansiedad. En: Vázquez Barquero J, editor. *Psiquiatría en Atención Primaria*. 2ª ed. Madrid: Aula Médica; 2007. p. 269-98.
2. Alonso JT, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha T, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the epidemiology of mental disorders (ESEMEeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):21-7.
3. Arenas M, Puigcerver A. Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología* [Internet]. 2009 [citado 19 jun 2012];3(1):20-9. Disponible en: <http://www.escritosdepsicologia.es/esp/numanteriores/vol3num1.html>
4. Piqué Prado E. Mujer y salud desde una perspectiva de género. *Metas Enferm*. 2003;6(53):50-4.
5. World Health Organization [Internet]. Geneva (CH); Gender and women's mental health; 2013 [citado 4 may 2011]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en
6. Maruaga S. et al. La Salud Mental de las Mujeres. *Espacio de Salud entre nosotras. Cómo se construye la identidad de género de las mujeres*. La boletina [Internet]. 2008;(27-28). Disponible en: http://www.mujeresparalasalud.org/IMG/pdf/boletina27-28-_para_web.pdf
7. Martínez Benlloch I, Bonilla Campos A. *Sistema de sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad*. Valencia: Universitat de València; 2000.
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Informe sobre la salud en el mundo 2001* [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>
9. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. *Guía de Práctica Clínica para el manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria* [Internet]. Madrid: Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Lain Entralgo; 2008. Report No.: UETS N° 2006/10. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
10. *Declaración Europea de Salud Mental*. Conferencia Ministerial de la OMS para la Salud Mental. Helsinki; 2005. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est17.pdf.pdf
11. Servicio Murciano de Salud [Internet]. Murcia: Preevid; ¿Existe alguna evidencia científica que avale el uso de terapias complementarias para el tratamiento de la ansiedad, además de las sesiones de relajación?, ¿está capacitada la enfermera para utilizarlas en la consulta de salud mental?, ¿qué tipo de implicaciones legales podría suponer su uso para el profesional de enfermería?.; [citado 20 jun 2012]. Disponible en: http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=12555&idsec=453

12. Servicio Murciano de Salud [Internet]. Murcia; Protocolo de relajación. Salud Mental; 2004 [citado 14 ene 2011]. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/81305-LIBRO_PROT_RELAJ.pdf
13. Fornés Vives J, Gómez Salgado J. Evolución de los cuidados enfermeros en salud mental. 1ª ed. Madrid: Fuden Enfo; 2008.
14. Nancy Burns, Susan K. Grove. Investigación en enfermería. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
15. Moreno P, Martín J. Tratamiento psicológico del trastorno de pánico y la agorafobia. Manual para terapeutas. 2ª ed. Bilbao: Desclée; 2007.
16. Maynard C. A psychoeducational approach to depression in women. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 1993;12(31):9-14.
17. Casañas Sánchez R, Raya Tena A, Ibáñez Pérez L, Valls Colomer MM. Intervención grupal psicoeducativa en pacientes con ansiedad y depresión en Atención Primaria de Barcelona. Aten Primaria. 2009;41(4):227-8.
18. Heather Herdman T. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011. Madrid: Elsevier España; 2010.
19. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.
20. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2009.
21. Mercado Romero F. Sesgos atencionales en la ansiedad rasgo y en la ansiedad estado: un estudio electrofisiológico de actividad cerebral [Tesis]. [Madrid]: Universidad Autónoma de Madrid; 2004.
22. Yllá Segura L. Algunos aspectos psicodinámicos de los trastornos de ansiedad. Avances en Salud Mental Relacional [Internet]. 2008 [citado 4 may 2011];7(3):[11 p.]. Disponible en: http://www.bibliopsiquis.com/asmr/0703/luis_ylla.pdf
23. Sáiz Martínez PA, Durán Rivas A, Paredes Ojanguren B, Bousoño García M. Manifestaciones clínicas de los trastornos de ansiedad. En: Sáiz Martínez PA, Gozález MP, Bobes García J, editores. Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria. Masson; 2001. p. 61-91.
24. Blanchard RJ, Banchard DC, Griebel G, Nutt D. Handbook of anxiety and fear. 1ª ed. Oxford: Elsevier; 2008.
25. Pérez Lizeretti N. Tratamiento de los trastornos de ansiedad: diseño y evaluación de una intervención grupal basada en la Inteligencia Emocional [Tesis]. [Barcelona]: Universitat Ramon Llull; 2009.

26. Guerra Cid R. ¿Por qué le llaman ansiedad cuando quieren decir miedo? Libro de Ponencias: I Congreso de salud Mental Área III Murcia «Nuevas formas de enfermar en el siglo XXI». I Congreso de salud Mental Área III. Murcia «Nuevas formas de enfermar en el siglo XXI». Águilas, Murcia: Alquibla Congresos; 2009. p. 34-6.
27. Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10): Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 10ª ed. Madrid: Meditor; 1992.
28. Asociación Psiquiátrica Estadounidense (A.P.A). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
29. Díez C. Capítulo 2, Nosología. En: Vallejo Ruiloba J, Gató Ferrer C, editores. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. 2ª ed. Barcelona: Masson; 1999. p. 11-24.
30. Johnson J, Stewart Donna E. DSM-V: toward a gender sensitive approach to psychiatric diagnosis. Arch Womens Ment Health. 2010;13(1):17-9.
31. Hosman C, Jané-Llopis E, Saxena S. Prevención de los trastornos mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2004. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
32. Kessler RC, Ruscio AM, Shear K, Wittchen HU. Epidemiology of anxiety disorders. Curr Top Behav Neurosci. 2010;2:21-35.
33. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):593-602.
34. Abbass AA, Hancock JT, Henderson J, Kisely S. Psicoterapias psicodinámicas a corto plazo para trastornos mentales frecuentes (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus [Internet]. 2008;4(3). Disponible en: <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD004687>
35. Vallejo Ruiloba J, Gastó Ferrer C. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. 2ª ed. Madrid: Masson; 1999.
36. Echeburúa E, Salaberría K, De Corral P, Cenea R, Berasategui T. Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultado de una investigación experimental. Análisis y Modificación de Conducta. 2000;26(108):509-35.
37. Evidencia Científica en Ansiedad y Depresión. Manual de actuación. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
38. Barkway P. Theories on mental health and illness. En: Ruth E, Evans K, Nizette D, editores. Psychiatric and Mental Health Nursing. 2ª ed. Australia: Elsevier; p. 119-33.
39. Carey ET, Rasmussen LN, Searcy B, Stark NL. Capítulo 16, Hildegard E. Peplau. Enfermería psicodinámica. En: Marriner A, editor. Modelos y Teorías de Enfermería. 1ª ed. Barcelona: Ediciones Rol; 1989. p. 157-70.

40. Fornés Vives J, editor. Plan de cuidados para la persona con ansiedad-estrés. Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica: planes de cuidados. Madrid: Panamericana; 2006. p. 37-49.
41. Klein DF. Ansiedad. Problemas modernos de farmacopsiquiatría. Barcelona: Karger; 1987.
42. Echeburua Odriozola E. Otros trastornos de ansiedad. Evaluación y tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad Colección: terapia de conducta y salud. Madrid: Fundación Universidad Empresa; 1993. p. 76-89.
43. Craske MG, Lewin MR. Trastorno por pánico. En: Caballo V E, editor. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de ansiedad. Siglo XXI; 2007. p. 113-36.
44. Kaplan HI, Sadock BJ. Trastornos adaptativos. En: Kaplan HI, Sadock BJ, editores. Sinopsis de psiquiatría Ciencias de la conducta Psiquiatría clínica. 8ª ed. Panamericana; 1999. p. 874-9.
45. Maser JD. Generalized anxiety disorder and its comorbidities: disputes at the boundaries. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1998;393:12-22.
46. Maser JD, Patterson T. Spectrum and nosology: implications for DSM-V. Psychiatr Clin North Am. 2002;25(4):855-85.
47. Campos MS, Martínez-Larrea JA. Trastornos afectivos: análisis de su comorbilidad en los trastornos psiquiátricos más frecuentes. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2002;25(Suplemento 3):[86,84 KB]. Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple10a.html>
48. Carmin CN, Mohlman J, Buckley A. Anxiety disorders in late life. Encyclopedia of applied psychology. Elsevier; 2004. p. 145-54.
49. Hamilton M. The clinical distinction between anxiety and depression. Br J clin Pharmac. 1983;15(Suppl 2):165-9.
50. Roth M, Mountjoy C, Cactano D. Further investigations into the relationship between depressive disorders and anxiety state. Pharmacopsychiatry. 1982;15(4):135-45.
51. Russell GFM, De Silva P. Observations on the relationship between anxiety and depressive symptoms during the course of depressive illnesses. Br J Clin Pharmac. 1983;15(Suppl. 2):147S-153S.
52. Clayton PJ. Depression subtyping: treatment implications. J Clin Psychiatri. 1998;16(Suppl. 59):5-12.
53. Tyrer P. et al. Personality disorder: a new global perspectiva. World Psychiatric. 2010;9(1):56-60.
54. Tyrer P, Seivewright H, Johnson T. The core elements of neurosis: mixed anxiety-depressin (cothymia) and personality disorder. PubMed. 2003;17(2):129-38.
55. Herrán A, Rodríguez Cabo B, Vázquez Barquero JL. Trastornos Depresivos. En: Vázquez Barquero JL, editor. Psiquiatría en Atención Primaria. 2ª ed. Madrid: Aula Médica; 2007. p. 223-49.

56. Vázquez Machado A. Caracterización clinicoepidemiológica del síndrome depresivo. *Rev Cubana Med Gen Ingegr.* 2001;17(3):227-33.
57. Dio Bleichmar E. *La Depresión en la Mujer.* Madrid: Ediciones Temas de Hoy; 1991.
58. Seeman MV. Psychopathology in woman and men: focus on female hormones. *Am J Psychiatri.* 1997;154(12):1641-7.
59. Velasco Arias S, López Doriga B, Tourné García M, Calderó Bea MD, Barceló Barceló I, Luna Rodríguez C. Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria. *Feminismo/s.* 2007;(10):111-31.
60. Montero I, Aparicio D, Gómez Beneyto M, Moreno Küstner B, Reneses B, Usall J, et al. Parte II. Temas actuales de salud pública. Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gac Sanit.* 2004;18 Supp. 1:175-81.
61. Matud Aznar MP. Género y Salud. *Suma psicológica* [Internet]. 2008 [citado 2 may 2011];1(15):75-94. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604003&idp=1&cid=634499>
62. Martínez Benlloch I. Actualización de conceptos en perspectiva de género y salud. Programa de formación de formadores/as en perspectiva de género en salud. Valencia: Universidad de Valencia; 2005.
63. Tarler-Benlolo L. The role of relaxation in biofeedback training: a critical review of the literature. *Psychological Bulletin.* 1978;85(4):727-55.
64. González García E, Paino Piñero M, Ramos Vicente Y, Bousoño García M. Capítulo 11, Tratamiento psicológico y psicoterapéutico del paciente con trastornos de ansiedad y depresión. En: García Bobes J, Bousoño García M, González García-Portilla MP, Sáiz Martínez PA, editores. *Trastornos de Ansiedad y Trastornos Depresivos en Atención Primaria.* Barcelona: Masson; 2001. p. 151-64.
65. Arthur JM. Relaxation and muscular tension: a biobehavioristic explanation. *Int J Stress Manag.* 2006;13(2):151-3.
66. Douglas Bernstein A, Thomas Borkovec D. *Entrenamiento en relajación progresiva: un manual para terapeutas.* 9ª ed. Bilbao: Descleée De Brouwer; 1973.
67. Vila Castellar J, Fernández-Santaella MC. *Tratamientos psicológicos. La perspectiva experimental.* 2ª ed. Madrid: Ediciones Pirámide; 2009.
68. Sapir M. *Técnicas de Relajación y Psicoanálisis.* Barcelona: Paidós; 1981.
69. Aguilar G, Musso A. La meditación como proceso cognitivo-conductual. *Suma psicológica* [Internet]. 2008 [citado 15 mar 2011];15(1):241-58. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/1342/134212604010.pdf>
70. Scogin F, Rickard HC, Keith S, Wilson J, McElreath L. Progressive and Imaginal Relaxation Training for Elderly Persons With Subjective Anxiety. *Psychol Aging.* 1992;7(3):419-24.

71. Ansgar Conrad WTR. Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: it works but how? *J Anxiety Disord.* 2007;21(3):243-64.
72. Meichenbaum D. Manual de inoculación de estrés. Barcelona: Martínez Roca; 1987.
73. Schultz JH. El Entrenamiento Autógeno. Autoconcentración concentrativa. 4ª ed. Barcelona: Científico Médica; 1987.
74. Wolpe J, Brady JP, Serber M, Agras SW, Liberman RP. The current Status of Systematic Desensitization. 1973.
75. Caballo VE. Técnicas de relajación. En: Caballo VE, editor. Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. 3ª ed. Madrid: Siglo Veintiuno; 1995. p. 161-81.
76. Borkovec TD, Grayson JB, Cooper KM. Treatment of general tension: subjective and physiological effects of progressive relaxation. *J Consult Clin Psychol.* 1978;46(3):518-28.
77. Woolfolk RL, McNulty TF. Relaxation Treatment for Insomnia: A component Analysis. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51(4):495-503.
78. Prévost JJ. Capítulo 1, Desarrollo y significación del método. En: Schultz JH, editor. El entrenamiento Autógeno Autoconcentración concentrativa. 4ª ed. Barcelona: Científico Médica; 1987. p. 1-14.
79. Schultz JH. Método de relajación progresiva de Edmund Jacobson. En: Schultz JH, editor. El Entrenamiento Autógeno Autoconcentración concentrativa. 4ª ed. Barcelona: Científico Médica; 1987. p. 389-95.
80. Jean Jacques Prévost. El doble diálogo: una fenomenología de la inducción. En: Sapir M. et al, editor. Técnicas de Relajación y Psicoanálisis. Barcelona: Paidós; 1981. p. 13-9.
81. Schultz JH. A. técnica y aplicación. El curso habitual. El Entrenamiento Autógeno Autoconcentración concentrativa. Barcelona: Científico Médica; 1987. p. 15-50.
82. González de Rivera JL. Del entrenamiento autógeno de Schultz a la psicoterapia autógena de Luthe (I). *Psiquis.* 1982;3(1):16-21.
83. Labrador FJ, De Arce F, Florit A. Entrenamiento en respiración frente a entrenamiento en relajación: diferencias en medidas psicofisiológicas. *Anál Modif Conducta.* 1996;22(81):93-114.
84. González de Rivera JL. Métodos autógenos en el tratamiento de las reacciones fóbicas. En: Guimon J, editor. Neurosis fóbicas. Barcelona: Geigy; 1974. p. 121-9.
85. Méndez Carrillo FX, Olivares Rodríguez J, Quiles Sebastián M. Capítulo 1, Técnicas de relajación y respiración. En: Olivares Rodríguez J, Méndez Carrillo F, editores. Técnicas de modificación de conducta. 3ª ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 2009. p. 27-60.
86. Toseland RW, Siporin M. When to recommend group treatment: a review of the clinical and the research literature. *Int J Group Psychother.* 1986;36(2):171-201.

87. New Zealand Guidelines Group. Guidelines for Assessing and Treating Anxiety Disorders. 1996.
88. Toseland, Siporin. Terapia de grupo. Tratado de psiquiatría clínica. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2000.
89. Hales RE, Yudofsky SC. Tratado de psiquiatría clínica. 4ª ed. Barcelona: Masson; 2005.
90. Guimón J, Erhensperger S, Weber B, Fredenrich AL, Vucetic V, Zanelllo A, et al. Evolución de la psicoterapia grupal en la asistencia psiquiátrica: la Bateria «Bel-Air». *Psiquis*. 2000;21(6):277-87.
91. May E, House WC, Kovacs KV. Group relaxation therapy to improve coping with stress. *Psychol Psychother Theor Res Pract*. 1982;19(1):102-9.
92. Larson M, Williams RA. Capítulo 11, Estudio de los procesos de grupo. En: Novel Martí G, Lluch Canut MT, López de Vergara MD, editores. *Enfermería Psicosocial y Salud Mental*. Barcelona: Masson; 2005.
93. Melgar Mairal M, Chorén Freire MJ, Campo Vázquez F, Díaz Ortiz MA, Campo Vázqued C, Cascón García M. Terapia grupal en síndrome ansioso depresivo y situaciones de estrés. *Metas de Enferm*. 2005;8(8):20-3.
94. Reinking RH, Kohl ML. Effects of various forms of relaxation training on physiological and self-report measures of relaxation. *J Consult Clin Psychol*. 1975;43(5):595-600.
95. Carlson CR, Hoyle RH. Efficacy of abbreviated Progressive Muscle Relaxation Training: review of Behavioral Medicine Research. *J Consult Clin Psychol*. 1993;61(6):1059-67.
96. Aivazyan TA, Zaitsev VP, Salenko BB, Yurenev AP, Patrusheva IF. Efficacy of Relaxation Techniques in Hypertensive Patients. *Health Psychol*. 1988;7 Suppl.193-200.
97. Lichstein KL, Johnson RS. Relaxation for Insomnia and Hypnotic Medication Use in Older Woman. *Psychol Aging*. 1993;8(1):103-11.
98. Casañas Sánchez R, Raya Tena A, Valls Colomer MM, Toribio Tomás MÀ, Ibáñez Pérez L, López-Hervás A, et al. Psicoeducación grupal en pacientes con ansiedad y depresión: intervención enfermera. *Rev Presencia*. 2009;5(10).
99. Cruces Iglesias MC, Pereira Calviño. *Enfermería en Salud Mental: entrenamiento en relajación*. Boletín de Asociación Galega de Saúde [Internet]. 1997;(28). Disponible en: <http://siso.chez.com/siso28/origin04.htm>
100. Carretero J. El espacio grupal como herramienta de terapia ambiental en enfermería de salud mental. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. *Psiquiatria.com: Intersalud ed.*; 2010.
101. Ocio Aracama C. Grupo de habilidades cognitivos-conductuales y de control de la respiración en el manejo de la ansiedad en Atención Primaria. *Jalgui Colegio oficial de enfermería de Gipuzkoa*. 2010;(45):10-6.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

102. Tello Bernabé ME, Téllez Arévalo A, Ruiz Serrano A, De Frutos Martín MA, Alfaro R. Técnicas grupales y relajación en el tratamiento de algunos subtipos de ansiedad: un estudio de intervención controlado no aleatorio. *Aten Primaria*. 1997;2(19):67-71.
103. Albaina Landaluce E, Arbosa San Martín B, Díez Andrés A, Portillo Armentia MA, Sedano Gárate MA. La relajación: Una experiencia en Atención Primaria. *Enferm Científica*. may 1993;134:4-11.
104. Gómez Borrego AB, Zafra Jiménez R, Salas Robles P. Programa de Manejo de Ansiedad y Relajación. Biblioteca Lascasas [Internet]. 2009;5(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0407.php>
105. Soriano González J. Estudio cuasi-experimental sobre las terapias de relajación en pacientes con ansiedad. *Enfermería Global*. de abril de 2012;11(2):39-53.
106. Mateos Rodilla J. La relajación. El arte de aflojar y soltar. *Rev Rol Enferm*. 2002;25(9):22-7.
107. Mateos Rodilla J. Talleres de relajación en Atención Primaria. *Rev Rol Enferm*. 2003;26(1):9-10.
108. Mateos Rodilla J. Evaluación de los talleres de relajación en Atención Primaria. *Rev Rol Enferm*. 2003;26(3):9-12.
109. Cabello Lázaro R, Burgada Mir M, Aparicio Valero C, Mas MD, Vila Domènech J-S. Experimentar la relajación. Una técnica para disminuir la ansiedad. *Rev Rol Enferm*. 2002;25(2):38-40.
110. Vilar Hernández M, De Sebastián Pérez-Manglano A. Psicoterapia grupal para disminuir síntomas de depresión y de ansiedad asociados. *E.ducare21*. 2007;5(32).
111. Koziar B. *Fundamentals of nursing*. Harlow: Longman; 2008.
112. Alfaro Lefevre R. *Aplicación del Proceso Enfermero: Guía paso a paso*. 4ª ed. Barcelona: Springer; 1999.
113. Marriner-Tomey A. *El Proceso de atención de enfermería : un enfoque científico*. México DF: El Manual Moderno; 1983.
114. Atkinson LD, Murray ME. *Proceso de atención de enfermería*. México DF: El Manual Moderno; 1985.
115. Alfaro R. *Aplicación del proceso enfermero : fomentar el cuidado en colaboración*. Barcelona: Masson; 2003.
116. Luis Rodrigo MT. Diagnóstico enfermero. *Rev Rol Enferm*. 1997;(222):27-31.
117. Fornés Vives J. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica : planes de cuidados*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2005.
118. Lunney M. Use of Critical Thinking in the Diagnostic Process. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* [Internet]. abr 2010 [citado 10 nov 2012];21(2):82-8. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1744-618X.2010.01150.x>

119. Lunney M, Paradiso C. Accuracy of Interpreting Human Responses. *Nurs Manage.* 1995;26(10):48H-48K.
120. Lunney M. Critical Thinking and Accuracy of Nurses' Diagnoses. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2003;14(3):96-107.
121. Kuiper RA, Pesut DJ. Promoting cognitive and metacognitive reflective reasoning skills in nursing practice: self-regulated learning theory. *J Adv Nurs.* 2004;45(4):381-91.
122. Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, van Achterberg T. Implementing nursing diagnostics effectively: cluster randomized trial. *J Adv Nurs [Internet].* ago 2008 [citado 27 oct 2012];63(3):291-301. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2008.04700.x>
123. Müller-Staub M, Needham I, Odenbreit M, Lavin MA, van Achterberg T. Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. *Int J Nurs Terminol Classif.* 2007;18(1):5-17.
124. Phaneuf M. *Cuidados de enfermería: el proceso de atención de enfermería.* Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1993.
125. Barrett EAM. What is nursing science? *Nurs Sci Q.* 2002;15(1):51-60.
126. Riehl-Sisca J, Peya Gascons M, Busquets Surribas M. *Modelos conceptuales de enfermería.* Barcelona: Doyma; 1992.
127. Gordon M. Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de enfermería. *Cutura de los Cuidados.* 2000;4(7-8):128-38.
128. Peplau HE. *Relaciones interpersonales en Enfermería.* Barcelona: Masson; 1992.
129. Haber J, Hildegard E. Peplau: The Psychiatric Nursing Legacy of a Legend. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2000;6(2):56-62.
130. Peplau HE. Talking with Patients. *Am J Nurs [Internet].* jul 1960 [citado 6 ago 2013];60(7):964. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/3418512?origin=crossref>
131. Blue CL, Brubaker KM, Papazian KR, Riester CM. Capítulo 25, Callista Roy. Modelo de adaptación. En: Marriner A, editor. *Modelos y Teorías de Enfermería.* Barcelona: Rol; 1989. p. 260-74.
132. D. Porter B, S. Sloan R. Capítulo 14, Jean Watson: filosofía y ciencia de los cuidados. En: Marriner Tomey A, editor. *Modelos y Teorías de Enfermería.* Barcelona: Rol s.a; 1989. p. 140-55.
133. M. Neil R, Marriner Tomey M. Capítulo 7, Jean Watson. Filosofía y Ciencia del Cuidado. En: Marriner Tomey A, Raile Alligood M, editores. *Modelos y Teorías de Enfermería.* 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2007. p. 91-115.
134. Brookes N. Phil Barker: El modelo de la marea en la recuperación de la salud mental. En: Marriner Tomey A, Alligood MR, editores. *Modelos y Teorías de Enfermería.* 6ª ed. Madrid: Elsevier España; 2007. p. 700-29.

135. Barker P. The tidal model: developing a person-centered approach to psychiatric and mental health nursing. *Perspect Psychiatr Care*. 2001;37(3):79-87.
136. Barker P. The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2001;8(3):233-40.
137. Freese BT. Capítulo 16, Betty Neuman. Modelo de sistemas. En: Marriner Tomey A, Alligood MR, editores. *Modelos y Teorías de Enfermería*. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2007. p. 317-52.
138. Schmieding NJ. Capítulo 20, Ida Jean Orlando (Pelletier). Teoría del proceso de enfermería. En: Marriner Tomey A, Alligood MR, editores. *Modelos y teorías en enfermería*. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2007. p. 431-51.
139. Eben JD, Nation MJ, Marriner A, Nordmeyer SB. Capítulo 11, Dorothea E. Orem. Teoría del Déficit de Autocuidado en Enfermería. En: Marriner A, editor. *Modelos y Teorías de Enfermería*. Barcelona: Rol s.a; 1989. p. 101-13.
140. Denyes MJ, Orem DE, Bekel G. Self-Care: A Foundational Science. *Nursing Science Quarterly* [Internet]. 2001 [citado 22 jul 2013];14(1):48-54. Disponible en: <http://nsq.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/089431840101400113>
141. Daily JS, Maupin JS, Satterly MC. Capítulo 28, Marta E. Rogers: Seres Humanos Unitarios. En: Marriner A, editor. *Modelos y Teorías de Enfermería*. Barcelona: Rol; 1989. p. 302-15.
142. Rogers ME. *Nursing: Science of Unitary, Irreducible, Human Beings: update 1990*. NLN Publ. 1990;(15-2285):5-11.
143. Travelbee J. What Do We Mean by Rapport? *The American Journal of Nursing* [Internet]. 1963 [citado 10 ago 2013];63(2):70. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/3452595?origin=crossref>
144. Hobbles WH, Lansinger T. Capítulo 17, Joyce Travelbee. Modelo de relación humano a humano. En: Marriner A, editor. *Modelos y Teorías de Enfermería*. Barcelona: Rol s.a; 1989. p. 171-8.
145. Rogers ME. Creating a climate for the implementation of a nursing conceptual framework. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 1989;20(3):112-6.
146. McCurry MK, Revell SMH, Roy SC. Knowledge for the good of the individual and society: linking philosophy, disciplinary goals, theory, and practice. *Nurs Philos* [Internet]. 2010 [citado 18 jul 2013];11(1):42-52. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1466-769X.2009.00423.x>
147. Müller-Staub M, Lavin MA, Needham I, van Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes- application and impact on nursing practice: systematic review. *J Adv Nurs* [Internet]. dic 2006 [citado 10 nov 2012];56(5):514-31. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2648.2006.04012.x>
148. Pinkley CL. Exploring NANDA's Definition of Nursing Diagnosis: Linking Diagnostic Judgments with the selection of Outcomes and Interventions. *Nurs Diagn*. 1991;2(1):26-32.

149. Whitley GG. Expert validation and differentiation of the nursing diagnoses anxiety and fear. *Nurs Diagn.* 1994;5(4):143-50.
150. Whitley GG. Anxiety. Defining the diagnosis. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 1989;27(10):7-12.
151. Oliveira N, Chianca T, Rassool GH. A Validation Study of the Nursing Diagnosis Anxiety in Brazil. *Int J Nurs Terminol Classif [Internet].* 2008 [citado 30 nov 2012];19(3):102-10. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1744-618X.2008.00089.x>
152. Tierno Reina M, Cassinello Espinosa C, Rey Camacho E, Maldonado Tierno S. Educación grupal en mujeres con diagnóstico enfermero de ansiedad. *Metas Enferm.* 2003;6(52):6.
153. Ariz Larumbe ME, Cariñena Lezaun A, García Ruiz MA, Moros Borgoñón MA, Pascual Pascual P, Salaberri Nieto A. Manejo de la ansiedad en Atención Primaria: Guía de actuación. Servicio Navarro de Salud; 2009.
154. Planes de cuidados Enfermeros en SM. Cuaderno Técnico de Salud Mental. Servicio Extremeño de Salud; 2008.
155. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Capítulo 2, Clasificación actual. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009. p. 29-61.
156. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Capítulo 1, Desarrollo e importancia de los resultados. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2009. p. 3-28.
157. Johnson M, Bulechek GM, Maas ML, McCloskey Dochterman J. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC: Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. 2ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2006.
158. Teddlie C, Yu F. Mixed Methods Sampling: A Typology With Examples. *Journal of Mixed Methods Research [Internet].* 1 ene 2007 [citado 8 ago 2013];1(1):77-100. Disponible en: <http://mmr.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/2345678906292430>
159. De La Cuesta Benjumea C. El investigador como instrumento flexible de la indagación. *Int J Qual Meth [Internet].* 2003;2(4):Article 3. Disponible en: http://www.ualberta.ca/iiqm/backissues/2_4/pdf/dela.cuesta.pdf
160. Cea D'Ancona MA. Metodología Cuantitativa Estrategias de Investigación Social. Madrid: Síntesis Sociología; 2001.
161. Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros. 10ª ed. Madrid: Elsevier; 2006.
162. Fornés Vives J, Carballal Balsa MC. Enfermería de salud mental y psiquiátrica: guía práctica de valoración y estrategias de intervención. Madrid: Médica Panamericana; 2001.
163. Alfaro R. Aplicación del proceso de enfermería : guía práctica. Barcelona: Doyma; 1992.
164. Oreja Vázquez ML, Alegre De Vega C. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Metodología Enfermera. A propósito de un caso. *Norte de Salud Mental.* 2008;7(31):20-6.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

165. Tejedor García MJ, Etxabe Marceil MP. Guía práctica de informes de enfermería en salud mental. Barcelona: Editorial Glosa; 2007.
166. Suinn RM. Manejo de la relajación, imaginería, o clientes en situación grupal. Entrenamiento en manejo de ansiedad Una terapia de conducta. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1993. p. 247-64.
167. Spielberger CD, Seisdodos Cubero N, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI : Cuestionario de ansiedad estado-rasgo. Madrid: TEA; 1997.
168. Lunney M. Critical Need to Address Accuracy of Nurses' Diagnoses. The Online Journal of Issues in Nursing [Internet]. 2008;13(1). Disponible en: <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No1Jan08/ArticlePreviousTopic/AccuracyofNursesDiagnoses.html>

ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO AL GRUPO DE RELAJACIÓN

Centro de Salud Mental / CAD Lorca-Águilas

Servicio Murciano de Salud

Usted va a participar en una terapia específica para el tratamiento de ansiedad.

El objetivo principal que se persigue es el manejo de los síntomas así como la disminución de los niveles de ansiedad.

La terapia consiste en el aprendizaje de la técnica de entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson y técnica de respiración abdominal, así como de estilos de vida saludables para disminuir el estrés y la ansiedad.

Durante la práctica de la relajación puede experimentar sensaciones propias de la disminución de la activación fisiológica (mareo, frío, sensación de estar flotando...), que le pueden parecer extrañas o desagradables, pero que son normales en la relajación profunda.

Las sesiones se desarrollaran semanalmente en la sala de grupos del Centro de Salud Mental de todos los a lashoras.

La duración de este programa de tratamiento es de 8 semanas.

El formato de esta terapia es de tipo grupal. El tratamiento en grupo implica una serie de requisitos:

- Confidencialidad de la información
- Participación activa con respeto al resto de participantes
- Puntualidad
- Asistencia regular. Es fundamental la asistencia a todas las sesiones para conseguir la máxima eficacia terapéutica.
- Asistencia a las sesiones sin haber consumido alcohol u otras drogas

No respetar estas normas, especialmente 2 faltas sin justificar, supone la rescisión de este acuerdo (no pudiendo iniciar otro grupo durante un año)

Con fines de investigación y para mejorar la atención, le pedimos la autorización de sus datos clínicos (puntuaciones numéricas de registros, evaluaciones psicológicas, tratamientos recibidos...), así como datos de filiación (sexo, edad, estado civil...). Esta autorización es voluntaria y los datos son de carácter anónimo, sin que permitan en ningún caso identificarle.

(Marcar con una cruz)

Acepto mi participación en el grupo de relajación y expreso mi conformidad con las normas de asistencia y funcionamiento anteriores.

Autorizo el uso de mis datos clínicos de forma anónima con fines de investigación

Si

No

Nombre:.....

Firma:

Fecha inicio grupo.....

Enfermera especialista responsable.....

ANEXO 2: PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A GRUPO DE RELAJACIÓN

Nombre y apellidos:

Diagnósticos (enfermero y según CIE-10):

Número Historia:

Otros tratamientos:

Asistencia a las sesiones (rodear con un círculo a las que asiste):

1 2 3 4 5 6 7 8

Evaluación de las sesiones

Sesión	Grado Relajación	Grado Concentración	Dominio	Grado Confianza
1ª				
2ª				
3ª				
4ª				
5ª				
6ª				
7ª				
8ª				

Práctica intersesiones

Sesión	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª
Veces / semana								

Comentarios a las prácticas:

ANEXO 2: PROTOCOLO DE DERIVACIÓN A GRUPO DE RELAJACIÓN

NOC 1: Nivel ansiedad (1211)		NOC 2: Autocontrol de ansiedad (1402)		NOC 3: Conocimiento: conducta sanitaria (1805)	
Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post

Observaciones:

Anexo 2. Fuente adaptada: Protocolo de Relajación del Servicio Murciano de Salud. Salud Mental

ANEXO 3: PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN MUJERES CON ANSIEDAD SEGÚN TAXONOMÍA NANDA

Diagnóstico Enfermero Ansiedad según taxonomía NANDA.		Criterios de Resultados como base para evaluar la presente tesis (NOC)	
Etiqueta diagnóstica:	Ansiedad	Autocontrol de la ansiedad (1402)	
Código diagnóstico:	00146	140201 Monitoriza la intensidad de la ansiedad 140203 Disminuye los estímulos ambientales cuando está nerviosa 140204 Busca información para reducir la ansiedad 140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad 140208 Refiere disminución de la duración de los episodios 140210 Mantiene el desempeño del rol 140214 Refiere dormir de forma adecuada 140215 Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad 140216 Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad 140217 Controla la respuesta de ansiedad	
Dominio:	Afrontamiento/tolerancias al estrés	Nivel de ansiedad (1211)	
Clase:	Respuestas de afrontamiento	121105 Inquietud 121106 Tensión musculares 121117 Ansiedad verbalizada 121118 Preocupación exagerada por eventos vitales 121119 Aumento de la presión sanguínea 121120 Aumento de la velocidad del pulso 121121 Aumento de la frecuencia respiratoria 121115 Ataques de pánico 121112 Dificultades para la concentración 121123 Sudoración 121124 Vértigo 121129 Trastorno del sueño 121130 Cambio en pautas intestinales 121131 Cambio en pautas de alimentación	
Factores relacionados (r/c)		Conocimiento: conducta sanitaria (1805)	
Cambio y/o amenaza en: Situación económica, el estado de salud, el entorno, función de rol, los patrones de interacción.		180501 Prácticas nutricionales saludables 180502 Beneficios de la actividad y el ejercicio 180503 Técnicas efectivas de control de estrés 180504 Patrones efectivos de dormir y despertar 180506 Efectos sobre la salud del consumo de alcohol 180509 Efectos de los fármacos de prescripción facultativa	
Crisis de maduración, conflicto inconsciente sobre los objetivos vitales esenciales, crisis situacionales necesidades no satisfechas, estrés.			
Características definitorias (m/p)			
Conductuales: Disminución de la productividad, insomnio, nerviosismo, agitación.			
Fisiológicas: Tensión facial, aumento de la sudoración, temblores generalizados, aumento de la tensión, temblores en manos.			
Afectivas: Aprensión, temor, incertidumbre, angustia, irritabilidad, preocupación, distrés, sentimientos de inadecuación, sobresalto.			
Simpáticas: Anorexia, sofocaciones, dificultades respiratorias, excitación cardiovascular, palpitaciones, debilidad, diarrea, aumento de la tensión, sequedad bucal, aumento del pulso, movimientos espasmódicos.			
Parasimpáticas: Mareos, trastornos del sueño, fatiga, disminución de la presión arterial, hormigueos en la extremidades, náuseas, disminución del pulso, frecuencia urinaria, dolor abdominal.			
Cognitivas: Conciencia de los síntomas fisiológicos, temor a consecuencias inespecíficas, dificultad para la concentración, olvido, confusión, deterioro de la atención, bloqueo del pensamiento, disminución de la habilidad para solucionar problemas, disminución del campo perceptual, rumiación.			

Intervenciones de Enfermería en el manejo de la ansiedad (NIC)

Disminución de la Ansiedad (5820)

Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente. Dejar constancia de los objetivos formulados. Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. Incluir en la primera sesión del grupo de relajación para evitar abandono por posible miedo a dichas sensaciones. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante, utilizando un enfoque de confianza y de respeto. Promover alianza enfermera-paciente y la escucha activa. Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico, si procede. Escuchar con atención. Reforzar el comportamiento, si procede mediante refuerzo positiva y lectura de las prácticas realizadas en su domicilio. Animar las manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. Identificar los cambios en el nivel de ansiedad (registros evaluativos en cada sesión, además de verbalización de la paciente y el criterio de resultado *nivel de ansiedad y autocontrol de ansiedad*). Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones (contenido educativo en primera parte de cada sesión de las intervenciones enfermeras). Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan su ansiedad (contenido educativo grupal). Instruir a la paciente sobre la importancia del uso continuado de las técnicas de relajación. Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

Educación Sanitaria (5510)

Determinar grupos de mujeres, que tras valoración enfermera y diagnóstico enfermero de ansiedad, puedan beneficiarse de la educación sanitaria en este área. Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación en conductas sanitarias, al objeto de una adecuada adherencia a las intervenciones enfermeras previstas. Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas de estilo de vida de las mujeres. Formular objetivos del programa de educación sanitaria. Considerar la accesibilidad y las preferencias de las pacientes. Desarrollar materiales educativos escritos, digital adecuados al nivel cultural de las pacientes. Enseñar estrategias que puedan utilizarse para resistir y afrontar conductas insalubres o que entrañen riesgos. Mantener una presentación centrada, corta y que comience y termine con el tema principal. Utilizar presentaciones de grupo para proporcionar apoyo y cohesión grupal. Utilizar debates de grupo y juego de roles para influir en las creencias, actitudes y valores que existen sobre la salud. Utilizar instrucción apoyada por ordenador, videos y documentales para proporcionar información acerca de la ansiedad y sus consecuencias. Implicar a las mujeres en la planificación e implementación de los planes destinados a promover conductas de estilo de vida más saludables y modificar conductas de estilo de vida insalubres, en grupo. Determinar el apoyo de la familia y comunidad a conductas que induzcan la salud.

ANEXO 3: PLAN DE CUIDADOS ENFERMERO

Enseñanza Grupo (5604)
<p>Proporcionar un entorno que favorezca el aprendizaje. Establecer el presupuesto, recursos materiales y humanos. Hacer una lista de las estrategias de enseñanza, los materiales educativos y las actividades de aprendizaje. Proporcionar un programa escrito, que incluye fechas, horas y lugares de las sesiones para las pacientes, con los objetivos de aprendizajes y los materiales educativos disponibles. Determinar los días/horas adecuadas para conseguir el máximo número de pacientes. Adaptar los métodos/materiales educativos a las necesidades/características de enseñanza del grupo, si procede. Evaluar el progreso del paciente en el programa y el dominio del contenido. Registrar el progreso del paciente en el anexo de derivación al grupo de relajación y en su historia clínica. Establecer las formas de evaluación de las intervenciones por parte del paciente. Disponer una instrucción individual adicional, si procede. Evaluar el grado de consecución de objetivos de los cuidados pautados.</p>
Relajación Muscular Progresiva (1460)
<p>Elegir un ambiente tranquilo y cómodo. Disminuir la iluminación (bajamos las persianas y apagamos la luz artificial). Tomar precauciones para evitar interrupciones (cartel de aviso en la puerta de la sala). Sentar a las pacientes en sillas en posición cómoda y en la postura de relajación con los brazos apoyados en los muslos y las piernas en el suelo. Indicar a las pacientes que deben llevar prendas cómodas, no restrictivas. Observar si hay lesiones ortopédicas de cuello o espalda a las que la hiperextensión de la columna superior añadiría molestias y complicaciones (valoración de enfermería inicial). Enseñar al paciente ejercicios de relajación de la mandíbula y resto de grupos musculares corporales (se facilitará con un documento que refleja la distribución de los grupos musculares corporales). Hacer que el paciente tense, durante 5-10 segundos, cada uno de los 8-16 grupos musculares principales. Tensar los músculos de los pies no más de 5 segundos para evitar calambres. Indicar a las pacientes que se centren en las sensaciones de los músculos mientras están tensos y presten la atención en la tensión ejercida voluntariamente en la musculatura de la zona que se está trabajando. Indicar a las pacientes que se centren en las sensaciones de los músculos mientras están relajados, de tal forma que puedan reparar en la diferencia entre la tensión y la relajación consciente y voluntaria. Realizar la comprobación periódica con el paciente para asegurarse de que el grupo de músculos está relajado. Hacer que el paciente tense el grupo muscular otra vez, si no se experimenta la relajación. Observar si hay indicios de no relajación, como movimientos, respiración intranquila, tics, hablar y toser. Indicar a la paciente que respire profundamente y expulse lentamente el aire y con ello la tensión, vinculándolo a la palabra "calma" o "relax" haciendo consciente el acto de respirar. Desarrollar una "conversión" o "patrón" de relajación personal que ayude a la paciente a centrarse y sentirse cómoda. Terminar la sesión de relajación de forma gradual, despezándose lentamente y abriendo los ojos lentamente ubicándose en la sala de grupos. Dar tiempo para que la paciente exprese sus sentimientos acerca de la intervención, para ello se le pregunta al finalizar la sesión de relajación e indagar posibles limitaciones y mejoras. Animar a las pacientes a que practiquen entre las sesiones de forma regular, con un máximo de 3 veces al día y un mínimo de una vez diaria, en el momento del día más apropiado en función de sus circunstancias personales.</p>
Terapia de Relajación Simple (6040)
<p>Explicar el fundamento de la relajación y sus beneficios, límites y tipos de relajación disponibles (contenido educativo). Detectar un nivel de energía actual disminuido, incapacidad para concentrarse u otros síntomas concurrentes que pueden interferir en la capacidad cognitiva para centrarse en la técnica de relajación (en su historia de salud-enfermedad en la exploración del patrón <i>mantenimiento de la salud</i> no encontraremos historia de patología orgánica). Determinar si alguna intervención de relajación ha resultado útil en el pasado (en valoración de enfermería). Considerar la voluntad y capacidad de la paciente para participar, preferencias, experiencias pasadas y contraindicaciones antes de seleccionar una estrategia de relajación determinada (a través de la valoración de enfermería inicial y en los datos de su historia clínica). Ofrecer una descripción detallada de la intervención de relajación. Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible. Aconsejar a la paciente adoptar una posición cómoda sin ropas restrictivas y con los ojos cerrados. Individualizar el contenido de la intervención de relajación (solicitando sugerencias de cambios). Cada sesión es única, no se hará uso de grabaciones guiadas de relajación. Inducir conductas que estén condicionadas para producir relajación, como respiración profunda, bostezos, respiración abdominal e imágenes de paz, colores. Hacer uso al comienzo de la siguiente frase "me doy permiso para relajarme..." Invitar a la paciente que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente, no lucha contra los pensamientos negativos, dejándolos fluir y centrándose en la palabra "calma" o "relax" al exhalar el aire. Utilizar un tono de voz suave, diciendo las palabras lenta y rítmicamente. Mostrar y practicar la técnica de relajación con la paciente. Proporcionar información escrita acerca de la preparación y compromiso con las técnicas de relajación, pasar consentimiento informado en la primera cita. Fomentar la repetición o práctica frecuente de las técnicas de relajación, consiguiendo su compromiso para la práctica diaria. Evaluar regularmente el informe de relajación conseguida del individuo, y comprobar periódicamente la tensión muscular, frecuencia cardíaca, presión sanguínea y temperatura de la piel, si procede. Grabar una cinta sobre la técnica de relajación para uso de la persona, según proceda. Ofrecer la grabación en la última consulta de enfermería. Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación, al finalizar las intervenciones enfermeras.</p>
Terapia de Grupo (5450)
<p>Determinar el propósito del grupo y la naturaleza del proceso grupal. Formar un grupo de tamaño óptimo: de 5 a 12 miembros. Elegir los miembros del grupo que estén dispuestos a participar activamente y hacerse responsables de sus propios problemas (a través de la valoración enfermera inicial y aceptación del consentimiento informado). Determinar si el nivel de motivación es lo suficientemente alto como para beneficiarse de la terapia grupal (a través de la valoración enfermera inicial y aceptación del consentimiento informado). Disponer de una sesión de orientación individualizada para cada nuevo miembro del grupo antes de la primera sesión grupal. Utilizar un colider, si procede. Tratar la cuestión de la asistencia obligatoria, la confidencialidad, desconexión de aparatos electrónicos y respeto al discurso del resto de mujeres que se benefician de los cuidados de enfermería. Establecer la hora y lugar de las sesiones del grupo. Reunirse en las sesiones de 1 a 2 horas, si resulta oportuno. Comenzar y terminar a la hora y esperar que las participantes permanezcan hasta la conclusión. Disponer las sillas en círculo, cerca una de otras. Llevar al grupo a la etapa de trabajo lo más rápidamente posible. Ayudar al grupo a establecer normas terapéuticas. Ayudar al grupo a trabajar la resistencia a los cambios. Dar al grupo un sentido de dirección que le posibilite identificar y resolver cada paso del desarrollo. Utilizar la técnica de "activación de aquí y ahora" para trasladar el foco de lo genérico a lo personal, de lo abstracto a lo concreto. Proporcionar refuerzo social (verbal y no verbal) para conseguir las conductas/patrones de respuesta deseados. Animar a los miembros a compartir cosas que tengan en común unas con otras. Animar a los miembros a que compartan su ira, tristeza, humor, falta de confianza y otros sentimientos emergentes. Confrontar las conductas que amenacen la cohesión del grupo (cansancio, ausencias, socialización extragrupal, chivos expiatorios). Utilizar juego de roles y de resolución de problemas, si procede. Concluir la sesión con un resumen de los debates, contenido educativo programado e invitarles a ponerlo en práctica.</p>
Grupo de apoyo (5430)
<p>Determinar el objetivo del grupo y la naturaleza del proceso grupal. Crear una atmósfera relajada y de aceptación. Clarificar desde el principio las metas del grupo y las responsabilidades de sus miembros. Utilizar un acuerdo por escrito declarado en el consentimiento informado. Elegir los miembros que puedan contribuir y beneficiarse de la interacción del grupo. Forma un grupo de tamaño óptimo: de 5 a 12 mujeres. Tratar la cuestión de la asistencia obligatoria en las normas de funcionamiento del grupo. Establecer una hora y lugar para las reuniones grupales. Reunirse en sesiones de 1 a 2 horas, si procede. Comenzar y terminar a la hora, y esperar que las participantes permanezcan hasta la conclusión de las sesiones. Disponer sillas en un círculo, cerca unas de las otras. Programar un número limitado de sesiones (normalmente de 6 a 12), en las que se cumplirá el trabajo del grupo. Fomentar la expresión de ayudas mutuas. Subrayar la responsabilidad y control personales. Identificar los temas que se produzcan en los debates del grupo. Ayudar al grupo a progresar en las etapas de desarrollo grupal: desde la orientación pasando por la cohesión hasta la conclusión. Atender a las necesidades del grupo como un todo, así como las necesidades de los miembros individuales.</p>

Anexo 3. Elaboración propia, a partir de datos de la NANDA, NOC y NIC.

ANEXO 4: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Fecha: --/--/--	Fecha de Nacimiento: --/--/--	Nº.H.C. _____	Identificador: _____
-----------------	-------------------------------	---------------	----------------------

Valoración de Enfermería. Modelo de Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon

Patrón percepción-mantenimiento de la salud

- Aspecto general: adecuado, descuidado, extravagante, exagerado, meticuloso, en función época del año, olor corporal, ropa sucia/ limpia, exceso maquillaje.
- Antecedentes personales: Eventos adversos: no/ si _____ Enfermedades de interés: _____ IQ: _____
- Antecedentes personales de salud mental.
- Antecedentes familiares de salud mental.
- Hábitos tóxicos.
- ¿Qué conoce sobre su enfermedad?
- ¿Cree que necesita ayuda?, ¿cómo piensa que le podemos ayudar?
- Conductas para gestionar su salud: dieta, ejercicio, etc.
- Realiza revisiones de salud periódicas: no/ si _____ especialidad
- Examen físico: TA _____ FC _____ FR _____ Glucemia _____
- Tratamiento médico: ¿cumple?, ¿Qué toma?, ¿Efectos secundarios?

Patrón nutricional-metabólico

- Peso _____ Talla _____ IMC _____
- Apetito: aumentado/ disminuido/ conservado.
- Sequedad bucal.
- Número de comidas al día y descripción de un día habitual.
- Ingesta líquidos/día.
- Náuseas/ vómitos/ reflujo/ gastralgia/ alergias alimentarias.
- Conocimiento dieta equilibrada.
- Restricciones/ evitaciones (motivos).
- Alimentos preferidos.
- Hábitos de compra y cocina.
- Cambio conducta alimentaria: hiperfagia diurna/ nocturna, hiporexia, anorexia, bulimia.
- Conductas purgativas/compensatorias.

Patrón eliminación

- Patrón habitual de eliminación urinaria: frecuencia, cantidad, color, olor, disuria:
- Patrón habitual de eliminación (regularidad, olor, consistencia, malestar, estreñimiento, diarrea).
- Uso diuréticos/ laxantes.

Patrón actividad-ejercicio

- Capacidad de autocuidado: autónoma/ dependiente.
- AVD, AIVD: si/ no ¿manifiesta deseos de realizar Actividades, qué hace un día normal?

Fecha: --/--/--

Fecha de Nacimiento: --/--/-- Nº.H.C. _____ Identificador: _____

- Ejercicio físico: tipo, duración, frecuencia.
- Sudoración/ temblores MMSS o MMII/ hormigueo en extremidades.
- Expresión facial: tensa/ relajada/ alegre/ enfadada/ inexpresiva/ mira al interlocutor.
- Habla (velocidad, cantidad, volumen, tono de voz, latencia de respuesta).
- Comportamiento motor: adecuación al contexto/ inhibición/ agitación, inquietud/ rigidez (hiperactivación psíquica y motora).

Patrón sueño-descanso

- Horas de sueño nocturno habitual.
- Otros descansos (siestas).
- Insomnio de conciliación/ mantenimiento/ despertares nocturnos/ despertar precoz/ pesadillas/ medicación para dormir.
- Historia de insomnio previa.
- Factores que alteran el patrón y ayudas.
- ¿Se levanta descansada o cansada?
- Percepción personal del patrón: adecuado/ excesivo/ disminuido.

Patrón cognitivo-perceptual

- C y O en t, e y p.
- Conciencia: hipervigilante/ confusión/ despersonalización/ desrealización/ somnolencia.
- Dificultades para concentrarse: olvidos recientes/ remotos.
- Vértigo, mareos.
- Pensamiento: organizado/ coherente/ alterado. Curso del pensamiento: espontaneidad/ inhibición/ aceleración, fuga de ideas/ disgregación o incoherencias/ perseverancia. Contenido: delirante: no/ si (descripción temática).
- Lenguaje: velocidad: normal/ rápido/ lento/ paroxístico, cantidad: normal/ abundante/ escaso, volumen: normal/ alto/ bajo, tono y modulación: tranquilo/ nervioso/ hostil.
- Otras (mutismo, ecolalia, tartamudez...).

Patrón autopercepción-autoconcepto

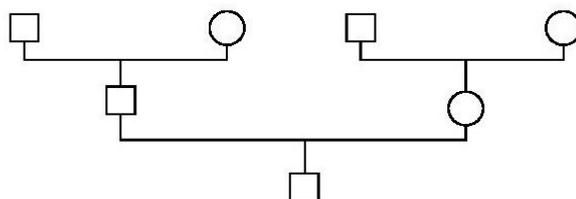
- Reactividad emocional: adecuada al contexto/ pobreza sentimientos/ expansión afectiva. Tonalidad afectiva: agradable/ desagradable.
- Síntomas afectivos de interés: preocupación/ ánimo depresivo/ sentimientos de inadecuación/ aprensión/ angustia/ temor/ sobresalto/ irritabilidad/ debilidad/ rumiación. Otros.
- Ideación autolítica.
- Autodescripción de sí mismo (fortalezas, debilidades).
- Exageración de errores/ infravaloración de éxitos.
- Percepción de la imagen corporal, expresiones de su imagen: ajustada a la realidad/ confusa/ equivocada.
- Actitud frente a su cuerpo.
- Competencia personal: positiva/ negativa/ indiferente.

Fecha: --/--/--
Fecha de Nacimiento: --/--/-- N.º.H.C. _____ Identificador: _____

- Percepción de exigencias, ¿hay alguna situación en la que se sienta agobiada o presionada por alguien o algo?:

Patrón rol-relaciones

- Independencia económica, física y psicosocial para satisfacción de sus necesidades.
- Personas dependientes a su cargo.
- Composición familiar (edad, parentesco, situación laboral, relación cercana o distante y sentimientos derivados tales como ansiedad, inutilidad, miedo, inferioridad, culpabilidad, tristeza, rabia, impotencia, seguridad, tranquilidad).



- Crisis de maduración, situacional.
- Personas de su entorno significativas: amigos/as, vecinos/as.
- Participa en actividades ocio, sociales, culturales, etc.
- Condición laboral: trabaja (¿en qué?), activo (especificar tipo de trabajo): _____ / desempleada/ labores domésticas/ incapacidad temporal laboral paro/ baja laboral/ pensionista/ incapacidad laboral permanente/ activo laboral.
- ¿Mantiene satisfacción en el desempeño del rol?

Patrón sexualidad-reproducción

- Patrón reproductivo (problemas asociados a reproducción, a anticonceptivos, a la menstruación o climaterio).
- Hijos/abortos.
- Última menstruación.
- Anticonceptivos.
- Actividad sexual: satisfactoria/ insatisfactoria/ indiferente.
- Disfunciones sexuales, respuesta sexual normal.

Patrón adaptación-tolerancia al estrés

- Estado de tensión/ansiedad: constante/ generalizada/ aguda/ crónica /ausencia de manifestaciones físicas o mentales y de la conducta de ansiedad.
- Irritabilidad/ inquietud/ ansiedad verbalizada/ prácticas de relajación previa.
- Posibles factores relacionados: traumatismos previos/ ideas, pensamientos/ problemas laborales/ miedos, fobias (especificar) _____ / otros: _____
- Percepción de control de la situación: alto/ medio/ bajo/ nulo (¿controla la respuesta de ansiedad, refiere disminución de la duración de los episodios?).
- Grado de incapacidad: expresiones de pérdida de capacidad o habilidades.

Fecha: --/--/--

Fecha de Nacimiento: --/--/-- Nº.H.C. _____ Identificador: _____

- Estrategias o comportamientos de control para resolver situaciones de estrés: fármacos/ tabaco/ hiperfagia/ somatizaciones/ agitación, agresión/ análisis del problema, compartirlo o comentarlo. Otros: _____ {¿busca información para reducir la ansiedad, disminuye los estímulos ambientales cuando está ansiosa?}.
- ¿Qué hace para calmarse?
- Sistemas de soporte o apoyo.

Patrón valores y creencias

- Escala de valores propias y familiares.
- Normas culturales.
- Prácticas religiosas.

ANEXO 6: PRÁCTICA INTERSESIÓN

Nombre:	
Sesión:	Fecha:

Recuerde que la capacidad para relajarse puede variar de un día a otro. Algunos días puede que obtenga una relajación muy profunda mientras que otros sólo consiga relajarse mínimamente.

Por favor, valore para cada día de la semana y cada vez que participe en los ejercicios , el grado de relajación alcanzado en una escala de 0 a 10 teniendo en cuenta que 0 significa no haber logrado relajarse nada y que 10 significa estar TOTAL y ABSOLUTAMENTE relajado.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
MAÑANA							
TARDE							
NOCHE							

Anexo 6. Fuente: Protocolo de Relajación del Servicio Murciano de Salud. Salud Mental

ANEXO 7: REGISTRO DE LA RELAJACIÓN EN EL GRUPO

Nombre:	
Sesión:	Fecha:

Por favor, valore en una escala de 0 a 10, para esta sesión, lo siguiente:

Grado de relajación alcanzado

0----1----2----3----4----5----6----7----8----9----10

Grado de concentración en los ejercicios

0----1----2----3----4----5----6----7----8----9----10

Dominio de la técnica

0----1----2----3----4----5----6----7----8----9----10

Confianza en su utilidad

0----1----2----3----4----5----6----7----8----9----10

Anexo 7. Fuente: Protocolo de Relajación del Servicio Murciano de Salud Mental

ANEXO 8: CONTENIDO DE LAS SESIONES

Primera Sesión

En esta primera sesión tiene lugar la presentación, explicación de normas generales, estructura de las sesiones, dinámica de grupo, objetivos y apertura del protocolo de derivación al grupo.

Presentación de la enfermera especialista y de los pacientes

Momento para iniciar cumplimentación del protocolo de derivación.

Explicación de las normas del grupo

- Confidencialidad, puntualidad, desconexión de teléfonos móviles y otros aparatos electrónicos.
- Insistir en la importancia de la asistencia regular.
- Recordar que si no asisten al grupo se les el alta por abandono.

Utilidad de la relajación y estructura de las sesiones

Se les aclara la utilidad de la relajación en términos que lo entiendan fácilmente: “sirve para reducir la tensión de los músculos de forma voluntaria”. Está especialmente indicada en aquellas personas que han perdido la capacidad de relajarse naturalmente. Tiene muchos efectos beneficiosos como descansar, disminuir la tensión muscular, aumentar la concentración, normalizar la hipertensión arterial, disminuir la preocupación y el temor, mejorar el estado de ánimo, aumentar las defensas del organismo, disminuir el dolor y la fatiga, mejorar la respiración, mejorar la digestión, aumentar la sensación de auto-control, etc. y no tiene efectos perjudiciales conocidos”.

Se les explica que vamos a utilizar la relajación muscular, la respiración abdominal e intentar centrar el pensamiento en las órdenes verbales con el propósito de disminuir y/o manejar la ansiedad y aumentar el autocontrol. “El

entrenamiento en relajación consiste básicamente en tensar y luego relajar, secuencialmente, varios grupos de músculos a lo largo de todo el cuerpo y prestando atención en las sensaciones corporales asociadas con la tensión-relajación. Con ello, aprenderemos a discriminar tensión en cada parte de nuestro cuerpo y como consecuencia directa, a relajarnos. Esos músculos que se tensan voluntariamente, son los mismos que se tensa cuando se está ansioso. Si aprendes a relajarte y prácticas siguiendo las indicaciones de las sesiones grupales, podrás conseguir aplicarlo en cualquier situación que le provoque malestar. La relajación es una habilidad que podéis aprender igual que cualquier otro tipo de habilidad que requiera entrenamiento y práctica como por ejemplo conducir, montar en bicicleta, etc. Así, conseguir un mejor aprendizaje dependerá de la práctica y la cooperación activa que cada cuál esté dispuesto o quiera ofrecerse. El objetivo del entrenamiento es ayudarle a aprender a reducir y manejar los síntomas derivados de los estados de ansiedad”.

Las sesiones se realizará un día a la semana de una hora de duración (excepto primera sesión) durante 8 semanas, constarán de lo siguiente

- Contenido educativo.
- Sesión práctica.
- Preguntas y dificultades.
- Fotocopias (respiración abdominal, como se tensan los diferentes grupos musculares, registro para práctica intersesión, evaluación de cada sesión).

Presentación de la modalidad del tratamiento de relajación grupal

El grupo actúa como factor motivador, se plantean dudas, ambiente que se crea como factor que mejora el compromiso y anima a la práctica de relajación. Por tanto, acudir a las sesiones una vez por semana y un día fijo, unido al buen

ambiente de grupo, acaba siendo para muchas personas un factor de motivación que mejora el compromiso y la práctica de relajación.

Objetivos del grupo

Aprender a manejar la problemática derivada de la ansiedad; disminuir y controlar la respuesta humana disfuncional de las pacientes.

Vestimenta de la paciente

- Ropa cómoda.
- Evitar objetos que le distraigan (pulseras que hagan ruido al mover los brazos, móvil).
- Evitar prendas de vestir u objetos que aprieten o molesten (zapatos, cinturón, gafas...).

Prácticas intersesiones

Es muy importante la asistencia regular porque cada sesión guarda relación con la anterior. Se aconseja la práctica continuada para reforzar el aprendizaje en las técnicas de relajación. Es conveniente fijarse una hora para la práctica y elegir tres momentos del día en que te quedes tranquilo, en un lugar destinado para ello.

Venir a escuchar no es suficiente es imprescindible la práctica en casa y la implicación activa en las sesiones.

Consentimiento informado

Explicación y práctica de la respiración abdominal

Se le explica a la paciente que coloque una mano en el abdomen, justo debajo de las costillas y la otra mano en la parte superior del tórax y que inhale aire profundamente a través de la nariz de manera que su abdomen se mueva hacia fuera en contra de la mano. Se le indica que mantenga la otra mano en el pecho,

el cuál debe de permanecer lo más quieto posible. Después se le pide que exhale el aire despacio por la nariz, apretando el abdomen suavemente en forma ascendente y hacia el centro con la mano. Se le pide que al exhalar el aire utilice el doble de tiempo que al inhalarlo, aunque de forma práctica puede contar mentalmente 1-2-3 y al exhalarlo acompañarlo de palabras tranquilizadoras como “calma o relax”. Se le recuerda que mantenga el pecho quieto de manera que sea el diafragma el que haga el trabajo de respirar, y no el pecho y los músculos del cuello y que una vez que aprenda esto, no es necesario que disponga sus manos en el abdomen y pecho.

Se reparten fotocopias de la respiración abdominal y registro de práctica de la misma.

En la segunda sesión, se les reparte la fotocopia del procedimiento de tensar y soltar los diferentes grupos musculares.

Segunda Sesión

- Repaso y clarificación del contenido de la primera sesión.
- Dificultades y dudas de la primera práctica intersesión “Respiración Abdominal”.
- Contenido educativo: qué es el estrés, los estresores, tipos de estresores, el estrés como mecanismo fisiológico para mantener el equilibrio de la persona, niveles altos y bajos de estrés.
- Procedimiento/práctica de relajación.
- Reparto de evaluación de la sesión, registro práctica intersesión y repaso de fotocopia con imágenes secuenciales del entrenamiento en relajación progresiva muscular.

Tercera Sesión

- Dificultades, dudas y preguntas. Revisión de la práctica intersesión.

- Contenido educativo: qué es la ansiedad y cómo se convierte en un problema, grados de ansiedad, tipos de problemas ocasionados por la ansiedad, acontecimientos que precipitan la ansiedad.
- Procedimiento/práctica de relajación.
- Reparto de evaluación de la sesión y registro de práctica intersesión.

Cuarta Sesión

- Dificultades, dudas y preguntas. Revisión de registro de práctica intersesión.
- Contenido educativo: estímulo y respuesta en una crisis de ansiedad, componentes de la ansiedad: síntomas físicos, psicológicos y conductuales, cómo interactúan entre sí. Como limitan las crisis de ansiedad cuando ocurren, descripción de los distintos mecanismos de afrontamiento. Causas de la ansiedad (modelo vulnerabilidad-estrés y multicausalidad de los trastornos de ansiedad), curva de ansiedad y rendimiento personal.
- Procedimiento/práctica de relajación.
- Reparto de evaluación de la sesión y registro de práctica intersesión.

Quinta Sesión

- Dificultades, dudas y preguntas. Revisión de registro de práctica intersesión.
- Contenido educativo: nociones sobre la respiración normal y el sistema nervioso autónomo, musculatura implicada en la respiración, la hiperventilación y sintomatología asociada a la misma (central y periférica), causas y prevención.
- Procedimiento/práctica de relajación.

- Reparto de evaluación de la sesión y registro de práctica intersesión.

Sexta Sesión

- Dificultades, dudas y preguntas. Revisión de registro de práctica intersesión.
- Contenido educativo: causas y factores que pueden aumentar el estrés y la ansiedad, recomendaciones (manejo de la sobrecarga percibida y gestión del tiempo, abandono/reducción de hábitos tóxicos).
- Procedimiento/práctica de relajación
- Reparto de evaluación de la sesión y registro de práctica intersesión.

Séptima Sesión

- Dificultades, dudas y preguntas. Revisión de registro de práctica intersesión.
- Contenido educativo: repaso en conceptos como en el control de la ansiedad, la identificación causas individuales, en la importancia de adquisición de recursos y practica continuada de herramientas para el adecuado manejo de los síntomas derivados de la ansiedad e inicio de modificación de hábitos I (actividad física , cuidado del ocio, delegar actividades).
- Procedimiento/práctica de relajación (entrenamiento en relajación progresiva)
- Reparto de evaluación de la sesión y registro intersesión.

Octava Sesión

- Dificultades, dudas y preguntas. Revisión de registro de práctica intersesión.

- Contenido educativo: continuación de modificación de hábitos II (alimentación, higiene del sueño y repaso general fomentando la motivación para su práctica continuada y utilización en situaciones de ansiedad).
- Procedimiento/práctica de relajación.
- Reparto de evaluación de la última sesión. Se reemplaza a las pacientes a una citación individual para valoración post-intervenciones.
- Despedida y fomento de la práctica frecuente: se reincide en la motivación para el mantenimiento y aplicación de la relajación en situaciones críticas de la vida que provoquen una respuesta de ansiedad.

ANEXO 9: PROGRAMACIÓN DE LAS SESIONES EN EL ENTORNO DE LAS INTERVENCIONES ENFERMERAS

Programación de las sesiones en el entorno de las intervenciones enfermeras

1ª sesión/Citación individual inicial: (¿es diagnóstico enfermero ansiedad?)

- Valoración Enfermera por PFS de M. Gordon. Toma de TA, FC, FR y glucemia pre-intervenciones enfermeras.
- Consentimiento informado, encuadre e inicio de relación paciente-enfermera.
- Documento de protocolo de derivación al grupo de relajación.
- Criterios de Resultado Enfermero pre-intervenciones: *autocontrol de la ansiedad, nivel de ansiedad y conocimiento: conducta sanitaria.*

8 sesiones grupales

- 1ª a la 8ª sesión: *disminución de la ansiedad (5820), educación sanitaria (5510), enseñanza: grupo (5604), relajación muscular progresiva (1460), terapia de relajación simple (6040), terapia de grupo (5450), grupo de apoyo (5430).*
- Documento de evaluación de cada sesión.
- Documento de práctica intersesión.

9ª sesión/Citación individual final

- Valoración Enfermera por PFS M. Gordon. Toma TA, FC, FR y glucemia post-intervenciones enfermeras.
- Despedida y cierre de la relación profesional.
- Criterios de Resultado Enfermero post-intervenciones: *autocontrol de la ansiedad, nivel de ansiedad y conocimiento: conducta sanitaria.*

ANEXO 10: CRITERIOS DE RESULTADO ENFERMERO NIVEL DE ANSIEDAD (1211)

Nivel de Ansiedad (1211)

Dominio:	Salud psicosocial (III).
Clase:	Bienestar psicosocial (M).
Escala:	Grave hasta ninguno (n) (grado de un estado o respuesta negativo o adverso).
Definición:	Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.

Nivel de ansiedad. Puntuación global		
Indicadores	Pre-intervenciones	Post-intervenciones
	1 (grave), 2 (sustancial), 3 (moderado), 4 (leve), 5 (ninguno), NA	
121105 Inquietud		
121106 Tensión muscular		
121108 Irritabilidad		
121117 Ansiedad verbalizada		
121118 Preocupación exagerada por eventos vitales		
121119 Aumento de la presión sanguínea		
121120 Aumento de la velocidad del pulso		
121121 Aumento de la frecuencia respiratoria		
121115 Ataque de pánico		
121112 Dificultades para la concentración		
121124 Vértigo		
121123 Sudoración		
121129 Trastorno del sueño		
121130 Cambio en las pautas intestinales		
121131 Cambio en las pautas de alimentación		
Puntuación global		

Anexo 10. Fuente adaptada: del criterio de resultado de enfermería nivel de ansiedad (1211)

ANEXO 11: CRITERIOS DE RESULTADO ENFERMERO AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD (1402)

Autocontrol de la Ansiedad (1402)

Dominio:	Salud psicosocial (III).
Clase:	Autocontrol (O).
Escala:	Nunca demostrado hasta Siempre demostrado (m).
Definición:	Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión, tensión o inquietud de una fuente no identificada.

Autocontrol de la ansiedad. Puntuación global		
Indicadores	Pre-intervenciones	Post-intervenciones
		1 (nunca demostrado), 2 (raramente demostrado), 3 (a veces demostrado), 4 (frecuentemente demostrado), 5 (siempre demostrado), NA
140201 Monitoriza la intensidad de la ansiedad		
140203 Disminuye los estímulos ambientales cuando está ansiosa		
140204 Busca información para reducir la ansiedad		
140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad		
140208 Refiere disminución de la duración de los episodios		
140210 Mantiene el desempeño del rol		
140214 Refiere dormir de forma adecuada		
140215 Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad		
140216 Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad		
140217 Controla la respuesta de ansiedad		
Puntuación Global		

Anexo II. Fuente adaptada: del criterio de resultado de enfermería autocontrol de la ansiedad (1402)

ANEXO 12: CRITERIOS DE RESULTADO ENFERMERO CONOCIMIENTO: CONDUCTA SANITARIA (1805)

Conocimiento: conducta sanitaria (1805)

Dominio:	Conocimiento y conducta de salud (IV).
Clase:	Conocimientos sobre salud (S).
Escala:	Ningún conocimiento hasta conocimiento extenso (u).
Definición:	Grado de comprensión transmitido sobre el fomento y la protección de la salud.

Nivel de ansiedad. Puntuación global		
Indicadores	Pre-intervenciones	Post-intervenciones
		1 (ningún conocimiento), 2 (conocimiento escaso), 3 (conocimiento moderado), 4 (conocimiento sustancial), 5 (conocimiento extenso), NA
180501 Prácticas nutricionales saludables		
180502 Beneficios de la actividad y el ejercicio		
180503 Técnicas efectivas de control de estrés		
180504 Patrones efectivos de dormir y despertar		
180506 Efectos sobre la salud del consumo de alcohol		
180509 Efectos de los fármacos de prescripción facultativa		
Puntuación Global		

Anexo 12. Fuente adaptada: del criterio de resultado de enfermería conocimiento: conducta sanitaria (1805)

